Jean Clavreul



L'Ordre médical

La médecine est fascinée par son efficacité sur ce qu'elle constitue comme son *objet :* la maladie. Elle n'est pas moins fascinante par son efficience sur ce qu'elle destitue : l'homme comme *sujet* du désir.

Vestale du désir insatisfait, l'hystérique n'a cessé de provoquer le médecin jusque dans ses temples, de l'Asclépiade de Cos à l'hôpital de la Salpétrière. C'est de l'échec du savoir médical ainsi constaté, que Freud a tiré la leçon : on ne fait pas la loi au désir, c'est le désir qui est la loi.

A partir de l'enseignement de Lacan, le discours médical apparaît dans la permanence de sa structure, que masque le « progrès » ambigu de son pouvoir. L'apport du discours psychanalytique — dont on ne saurait s'étonner qu'il soit nul pour l'épistémologie médicale — ne peut consister à soutenir, combattre, ou infléchir le discours médical. Il est de constituer une clinique psychanalytique autonome, où il rencontre le réel.

JEAN CLAVREUL

L'ORDRE MÉDICAL

ÉDITIONS DU SEUIL
27, Rue Jacob, Paris VIe

Sommaire

LE CHAMP FREUDIEN

COLLECTION DIRIGÉE PAR JACQUES LACAN

Parmi les ouvrages consacrés à la médecine, ceux de G. Canguilhem et de M. Foucault tranchent par leur pénétration. Ils sont devenus des références indispensables à toute analyse des concepts et de l'épistémologie médicale. Mais aussi ils posent avec acuité des questions nouvelles :

« Le Normal et le Pathologique » ne sont pas seulement des concepts. Ils sont le fruit de la prodigieuse entreprise de normalisation *dont l'origine se confond avec l'Antiquité grecque, entreprise où la médecine a joué un rôle pilote.*

« La Naissance de la Clinique » doit sans doute être située au XIX[e] *siècle, parce que à cette date l'épistémologie de la clinique s'enracine dans l'anatomie pathologique. Mais ceci ne laisse oublier ni la richesse ni la rigueur de la* clinique d'Hippocrate, *qui ne devait rien à l'examen des cadavres.*

La médecine est d'abord ce qui instaure un ordre — *qui ne se confond pas avec celui de la nature. Cet ordre est celui du* discours *qui précède les concepts et l'épistémologie qu'il ne cesse de renouveler.*

C'est à partir du discours psychanalytique et des formalisations données par Lacan qu'il est devenu possible de rendre compte des points de butée où l'impérialisme médical devient un symptôme : un symptôme qui n'est accessible à aucune pharmacopée,

La psychanalyse n'est donc pas une branche de la médecine. Elle en serait plutôt l'envers. *C'est à baliser cette* passe, *d'un discours à l'autre, que doit s'employer celui qui veut suivre le fou dans le procès qu'il intente à la normalité.*

Introduction

Il y a un caractère commun à tous les ouvrages traitant de la médecine. C'est leur parfaite inutilité pour ce qui concerne la médecine elle-même, qui se caractérise d'être une pratique indifférente à ce qu'on en dit. Les livres sur la médecine contribuent à renforcer l'idéologie médicale, ou bien ils la combattent. Ce sont des discours sur la médecine. Le discours médical est autre chose oui se poursuit selon ses lois propres, qui imposent leur contrainte, au malade et aussi au médecin.

Ce livre ne prétend pas déroger à cette tradition. D'avance on peut prévoir que le lecteur, quelles que soient ses convictions personnelles, ira *prendre médecine* s'il a quelque malaise. Et s'il est médecin, appelé auprès d'un malade, même s'il conteste personnellement l'Ordre médical, il donnera une *ordonnance*. Personne ne saurait au fond opposer quelque objection que ce soit quand *on sait* qu'un traitement anodin peut venir à bout d'une infirmité ou qu'une intervention techniquement complexe peut sauver une vie perdue. *On ne déroge pas à une obligation qui est constituée par un savoir assuré*.

Ceci fournit la juste mesure de tout propos concernant la médecine. Le livre du grand médecin, parvenu au sommet ou au déclin d'une brillante carrière, procède aux réajustements de l'idéologie que nécessite la survenue de nouveaux progrès techniques. Il vise à informer et éduquer le public, médical ou non, à coiffer de son autorité ce que transmettent les mass média. Il

modifie peu à peu l'image que le médecin se fait de lui-même. Après avoir été un combattant à l'avant-garde des forces qui luttaient contre le Mal, aux côtés du moraliste et du théologien, le médecin est devenu le savant contemplant le cadavre, lieu de son échec, et y puisant le savoir qui lui permettra de retourner cet échec en victoire. Aujourd'hui, le médecin regarde le malade maintenu artificiellement en survie, et découvre qu'il est seul à décider des moyens, et même de l'opportunité de sa survie. Ces images d'Épinal font partie de la médecine ; elles ne sont pas la substance du discours médical.

Le livre antimédical et le pamphlet contestataire font aussi partie d'une longue tradition. Ils font grand bruit, parce que c'est à l'imagerie du rôle et du pouvoir du médecin qu'ils s'attaquent. C'est de bonne guerre, même quand on va jusqu'à préconiser une « démédicalisation » de la société. Mais les médecins ne font que sourire des pamphlets quand ils n'en sont pas eux-mêmes les auteurs. Car finalement, quand on dénonce les insuffisances de la médecine, n'est-ce pas souhaiter son « progrès », quand on critique ses excès, n'est-ce pas en référence au vieil adage médical *Primum non nocere ?* On peut bien discuter des résultats de la médecine, mais on en discute « scientifiquement », « techniquement », chiffres à l'appui. On ne discute pas de l'éthique médicale, de la finalité qu'elle se donne. Tout apparaît vite comme de vaines polémiques, littérature, mouches du coche, qui ne changent rien à la progression de la médecine. Ou plutôt, il ne reste à retenir de ces discours sur la médecine que le malaise insistant des auteurs qui en font la louange ou la critique.

De ce malaise, la médecine ne tient pas compte, et c'est à bon droit, parce que le discours médical ne se soutient que de son objectivité, sa scientificité, qui est son impératif méthodologique. Il doit pouvoir être énoncé par n'importe qui sur

n'importe qui, le premier s'y trouvant placé en position de médecin, le second en position de malade. Le malaise provient de ce qu'il n'est pas supportable d'être n'importe qui, et que là-dessus, la médecine n'a rien à dire.

Le droit à la subjectivité, au contraire, c'est ce que revendique Freud, par exemple au début de son livre sur le président Wilson[1]. Ce n'est pas, nous dit-il, d'un regard objectif sur l'objet de son étude qu'il se réclame. Bien au contraire, c'est son aversion personnelle à l'endroit de Wilson qui lui a fait entreprendre ce travail, et sa recherche n'a fait que confirmer son sentiment. Simple précaution oratoire, pourrait-on dire, puisque Freud ne prend que plus de soin pour démonter et démontrer la flagornerie des positions de Wilson, où la prétention à l'humanitarisme et au pacifisme se révèle n'être que souci de s'affirmer personnellement comme belle âme. La mise en garde préliminaire est pourtant plus ambitieuse, car elle est *référence à une éthique* autre que celle des bons sentiments, et l'auteur se l'applique à lui-même. Ce n'est pas le souci d'objectivité scientifique du savant qui l'anime personnellement, mais sa révolte contre des positions idéologiques trompeuses. Il n'est pas douteux que Freud s'emploie à montrer qu'en faisant ainsi état de ses sentiments, ce n'est pas à quelque intuition personnelle qu'il fait référence mais à l'éthique que lui impose la discipline psychanalytique, une éthique qui n'a rien à faire des valeurs morales reconnues.

Je ne crois pas qu'on puisse honnêtement parler de la médecine si ce n'est pour faire apparaître la position subjective où nous met le discours médical. Car c'est une position *divisée*. D'une part parce que nous ne demandons qu'à nous y soumettre le cas échéant. D'autre part parce que nous ne pouvons pas accepter sans révolte l'idéologie qu'il affirme sans vergogne pour pouvoir se perpétuer.

Pour une large part, cette idéologie se confond avec l'idéologie dominante. Elle pourrait se résumer ainsi : « Le médecin (ou le chef) sait mieux que toi ce qui convient pour ton Bien. Ta liberté se résume à choisir ton Maître. » Formule où l'obligation de soumission se redouble de l'acte d'allégeance qui met en position de demandeur celui qui devra se soumettre. Ainsi laisse-t-on à chacun la « liberté » de refuser la médecine et le médecin, mais c'est au risque de commettre un suicide ou un crime. Dérision de la formule : « la liberté ou la mort ». Qui maintiendrait sa provocation devant l'Ordre médical ? Ce serait folie. Et la folie, elle aussi, est confiée aux médecins et vouée à être « guérie ».

Puisque la liberté n'est que formelle dans le contrat qui lie le malade au médecin, les contestataires de la médecine n'ont pas manqué de faire une analogie avec les admirables pages de Marx sur la prétendue liberté dont est censé jouir l'homme qui vend sa force de travail à « l'homme aux écus ». Marx n'a pas manqué de faire une critique de la science — plus que de la médecine en particulier, d'ailleurs. Dans l'*Idéologie allemande,* il dit qu'il n'y a pas d'histoire du droit, de la politique, de la *science* (je souligne), de l'art, de la religion ; il n'y a que l'histoire des rapports économiques[2]. Dans une lettre à Ruge, il écrit que religion et science concernent l'existence théorique de l'homme, masquant la réalité de son existence matérielle.

Il y aurait sans doute matière à une critique marxiste de la médecine : Et non pas comme le font les militants en réclamant le droit à la santé pour tous, car la société capitaliste a toujours été prête à accorder ce droit, dès qu'elle a compris qu'elle avait intérêt à maintenir en bon état la force de travail comme on entretient une machine. D'autre part, la société bourgeoise avait vite compris que les pauvres constituaient un champ idéal d'expérimentation pour que se forment ses médecins. La fondation

d'hôpitaux et d'hospices étant de plus la preuve que la charité chrétienne n'est pas un vain mot.

Aujourd'hui, *la médecine est l'image même que la société voudrait se donner d'elle-même*. S'il est vrai que le bourgeois ou le haut fonctionnaire soviétique n'ont pas effectivement le même sort devant la maladie, l'égalité des soins n'en reste pas moins posée comme principe. Et ceci réalise donc un idéal d'égalité. La religion annonçait l'égalité dans la mort. La médecine réalise en principe l'égalité dans la maladie. Pour accéder à l'égalité, il fallait autrefois être mort. Il suffit maintenant d'être malade. Cette promesse engageante suffit à apaiser bien des revendications.

Le médecin donc, quoi qu'il en pense personnellement, participe de l'idéologie trompeuse que véhicule la Science. Il tombe sous la remarque de Marx : « Chacun tient son métier pour le vrai et méconnaît par là la réalité. » Il tombe inévitablement dans la contradiction que lui impose son savoir et son éthique : en étant bon médecin, il est mauvais marxiste en ceci qu'il renforce le mythe par quoi se soutient le système économique. Et surtout il soutient l'idée que dans les circonstances graves, il faut recourir aux ordonnances que fournit la compétence. Les dictateurs, qui l'ont bien compris, recourent à la métaphore médicale pour asseoir leur pouvoir.

L'échec, au moins relatif, de la critique marxiste de la médecine provient de ce qu'elle ne prend pas en considération ce qu'il y a de permanent dans la relation « médecin-malade », dont nous verrons qu'elle s'efface complètement devant la relation « institution médicale-maladie ». Les marxistes ont sans doute eu raison de montrer que les libertés sont purement formelles si l'ouvrier est à l'usine comme le serf devant le seigneur. Mais il convient aussi d'ajouter qu'aucun régime politique et qu'aucune nouvelle condition économique ne viendra

modifier la permanence de la soumission du malade au pouvoir du médecin. Nul militantisme politique ne peut venir sur ce point contrebalancer ce qui est ici l'effet du discours médical.

La limite de la liberté est marquée par la mort pour la médecine, par la folie pour la psychiatrie. En nouant d'un premier nœud la folie et la liberté, Lacan constituait le point de départ de sa propre liberté à l'égard de l'Ordre médical et psychiatrique. Il suivait en cela la voie indiquée par Freud, reconnaissant dans la folie des hystériques autre chose qu'un défi à l'égard de la médecine, méritant seulement qu'on la réduise.

Ce ne sont pas là simples notations historiques. Ce chemin est à retrouver chaque jour par le psychanalyste, parce qu'il est sans cesse sollicité par la médecine. Convié à apporter une technique d'appoint dans le traitement de la folie, il est sollicité aussi pour mettre un peu d'ordre dans ce fameux et fumeux « facteur psychique » dont on sait qu'il n'est nullement négligeable dans les maladies répertoriées par la médecine. Le scepticisme du corps médical à l'égard de la psychanalyse cède de plus en plus depuis que s'observe que la pratique des cures psychanalytiques a des effets non contestables et appréciables en termes médicaux. L'embauche des psychanalystes dans certains services hospitaliers et dispensaires a suivi ce constat, allant jusqu'à inclure des non-médecins dont on ne doute pas qu'en définitive ils mettront leur technique au service du projet médical. Des heurts qui en résultent parfois, on attend qu'ils soient féconds : pour les malades, pour les psychanalystes et même pour les médecins qui espèrent y puiser quelques lumières utilisables pour leur propre gouverne.

Cette invite fait problème, ou plutôt devrait faire problème à tous les psychanalystes qui s'y prêtent. Car s'il s'agit seulement

de mettre quelques bribes du savoir psychanalytique au service de l'Ordre médical, c'est une option politique. On peut penser que la psychanalyse n'a rien de mieux à faire qu'à se glisser dans le discours dominant, quitte à espérer l'infléchir ou à prétendre le subvertir. La médecine y devient alors le support ou bien la cible de la psychanalyse. C'est en somme une position réformiste, plus soucieuse d'efficacité, au moins immédiate, que de rigueur. Mais on peut se demander qui, à ce jeu, sera conquis par l'autre, de la médecine ou de la psychanalyse. Il semble que l'évolution de la psychanalyse américaine ait déjà fourni le réponse.

L'enseignement de Lacan, poursuivant l'exigence de Freud, a engagé les psychanalystes français dans une autre voie, en marquant avec toujours plus de fermeté ce qui fait la spécificité de la nouvelle discipline. Par là, sommes-nous conviés à ne point tenter de construire une de ces tours de Babel où, sous le prétexte de faire une médecine de l'Homme total, on ne peut enregistrer que l'échec qui résulte de la confusion des langues. Car ce ne pourrait être qu'au nom d'un totalitarisme psychanalytique qu'on viendrait se mettre en renfort du totalitarisme médical.

Ce que chacun fait, ou croit pouvoir faire, qu'il soit médecin ou psychanalyste, doit être marqué d'abord d'un constat : *qu'il n'y a pas de médecine psychosomatique,* que toute tentative pour faire un replâtrage entre *psyché* et *soma* n'est que dénégation de ce qu'a instauré l'objectivation scientifique : l'impossibilité de laisser quelque place que ce soit à la question du Sujet. Ce n'est que dans un autre discours que cette question peut être reprise, ce que fait la psychanalyse. Pour elle, il ne s'agit pas de prétendre combler par son savoir les ignorances de la médecine, comme si elles étaient fortuites. Car ce ne sont pas des ignorances, mais des méconnaissances, c'est-à-dire qu'elles sont

systématiques et structurantes pour la construction du discours médical. Ce sont donc des obstacles épistémologiques qui marquent les limites du savoir et du pouvoir médical, comme ils marquent ailleurs les limites du discours psychanalytique.

C'est pour bien marquer de tels obstacles que j'ai cru nécessaire d'en noter l'incidence dès la constitution du discours médical, sous la plume d'Hippocrate. Non pas pour ébaucher une archéologie de ce discours, mais parce qu'il y apparaît déjà tous les éléments de la mise en place du projet proprement scientifique, objectif et objectivant, bien avant qu'il ait porté ses fruits de façon appréciable.

Les pièces étant mises en place, la partie n'avait plus qu'à se jouer. Elle continue à se développer et rien ne peut l'infléchir, parce que ce qui la structure ne dépend pas des supports théoriques où la médecine croit se reconnaître. On peut reconnaître les mêmes accents, la même éthique, le même « regard », les mêmes méconnaissances depuis les origines de la médecine jusqu'à nos jours. Je n'ai pas cru devoir insister sur ses aspects les plus actuels où chacun peut l'entendre, pour peu que son attention y soit éveillée, dans ce que disent de la médecine les mass media, les médecins, et tout aussi bien chacun de nous. Pour ce qui nous intéresse, *l'évolution du discours médical est moins importante que sa permanence, son immobilité*. C'est par là que nous pouvons nous départir de la commodité qui consiste à mettre sur le dos des médecins, jugés insuffisants, ou de l'administration de la santé, envahissante, ou des défaillances du savoir médical, ce qui est en réalité dépendant *de ce que le discours médical constitue et destitue.*

Se mettre à l'écoute de ce qui se dit et de ce qu'on dit soi-même, faire l'expérience du discours, c'est faire aussi l'expérience de l'Inconscient, qui n'est « structuré comme un langage » que du fait qu'il en est l'effet, le reflet à l'envers du discours

dominant, en tant que celui-ci est constituant du refoulement. Ce n'est pas là une démarche scientifique, médicale. C'est même très exactement le contraire.

Pour le médecin, il faut faire une sélection, ne retenir que ce qui est utilisable, ce qui convient pour le diagnostic et le traitement. Il lui faut surtout se mettre à l'abri de *l'erreur,* celle dans laquelle risque de le faire tomber le malade, et tout autant lui-même, s'il en venait à perdre la rectitude que lui fournit son savoir. La science n'est-elle pas mise à l'écart, précautionneuse des causes d'erreur ?

Pour le psychanalyste, c'est l'erreur qui est au contraire son fil conducteur, celui qui le préservera de l'*errance* où le ferait tomber une appréciation vague et intuitive des faits psychiques. Les erreurs, c'est sous ce titre qu'on pourrait regrouper l'objet des premières études de Freud : l'hystérie, les rêves, les actes manqués, les lapsus, les mots d'esprit. Voilà ce qui s'oppose à la rigueur austère qu'exige la science. Freud a montré que toutes ces erreurs ont ceci de commun de ne pas survenir n'importe comment, mais selon des lois très repérables. Ce sont les lois mêmes du langage, a confirmé Lacan.

Nous sommes bien loin de la majesté du discours scientifique, tranchant entre l'erreur et la vérité, l'imagination et la réalité, l'apparence et l'essence, le contingent et le nécessaire… toutes catégories reprises à l'envi par la philosophie traditionnelle. Condamné à suivre le fil du discours, le psychanalyste le suit jusque dans sa folie, celle des fous comme celle de la folie de chacun, et il participe du discrédit dont sont frappées toutes ces manifestations dont on se satisferait plus volontiers de dire qu'elles sont purement contingentes, et réductibles par l'instauration du règne de la Raison.

Le parti pris du psychanalyste ne rejoint pas celui du médecin et du malade qui est de remettre dans la droite ligne, celle

de la *normalité,* ce que la pathologie a constitué comme aberrance. Le discours médical, celui qui s'impose entre le médecin et le malade, est un discours normatif, ce qui implique qu'il ait une *sanction,* la sanction thérapeutique. Ce que l'épistémologie peut dire du discours médical admet nécessairement comme une donnée cette visée qui fonde sa cohérence. Il ne peut en aller de même pour le psychanalyste, dont les références sont tout autres. Il est néanmoins certain que malgré la diffusion de la psychanalyse, les plus grandes confusions persistent, même dans l'esprit des psychanalystes eux-mêmes, en particulier au moment où ils se mettent au service de l'Ordre médical.

Il ne m'a donc pas été possible de tenir ici pour acquis ce qui, de l'enseignement de Freud et de Lacan fait, dans certains milieux, figure d'évidence. Car l'évidence, l'utilisation approximative de certains concepts, isolés du contexte sans lequel ils perdent toute signification, peuvent aussi être utilisés aux seules fins de la perpétuation du discours dominant. Au moins m'a-t-il paru nécessaire d'exposer brièvement ce que j'avais à retenir de la psychanalyse concernant mon propos. Que m'en excusent ceux pour qui cette discipline est familière. L'accent que je mets sur certains points, leur interprétation restent mon fait puisqu'il s'agissait de leur donner une cohérence en fonction de ce qui est, ici aussi, un discours.

C'est aussi dans un souci de rester lisible que j'ai multiplié les chapitres, afin que le lecteur puisse entrer dans ce livre par où il le veut, c'est-à-dire par où le conduisent ses intérêts personnels. Les chapitres plus théoriques devraient trouver leur raison d'être, qui est de fournir les articulations où se rejoignent des faits destinés à rester dénués de signification tant qu'ils sont notés isolément.

Il reste que ce livre est, pour l'essentiel, dédié aux psychanalystes et à ceux qui s'approchent de la psychanalyse. Pour se

départir de la méthodologie proprement médicale, il faut en connaître les fondements autrement que par ce qu'en pensent les médecins eux-mêmes, ce qui ne se distingue en rien de l'idée naïve qu'en a l'homme de la rue, le non-médecin, le laïc, même et surtout s'il est de formation philosophique ou psychologique. Ce que la médecine constitue comme discours sur l'homme dépasse largement le temps relativement restreint où se fait l'acte médical. Notre langage et notre idéologie en sont habités à tout moment, et nous devons y prendre garde. « C'est dans les concepts biologiques que résident les derniers vestiges de transcendance dont dispose la pensée moderne[3] », dit Lévi-Strauss. Ce n'est ni avec la biologie, ni avec la transcendance que se fera la psychanalyse. Aucune clinique psychanalytique ne se fondera dans une confusion dont il faut bien dire qu'elle reste de règle.

Pour ce qui concerne les médecins eux-mêmes, il n'y a lieu ni d'espérer ni de souhaiter qu'ils sortent du discours qui est le leur. Bien au contraire : leurs malades n'ont rien d'autre à attendre d'eux qu'ils y soient fidèles. Une plus grande conscience du pouvoir de la médecine comme discours donnerait cependant aux médecins un moindre souci d'établir leur savoir comme pouvoir et de maintenir un attachement frileux à des prérogatives d'un autre âge, que personne ne songe sérieusement à leur contester. Je ne pense pas que le tête-à-tête du médecin avec lui-même, avec sa Science, avec l'avis et la surveillance de ses confrères lui procure autant de joies que l'insinuent certaines polémiques. Car c'est pour eux aussi qu'Hippocrate a constitué le corps comme lieu de la santé. Mais le corps ne laisse pas oublier qu'il est d'abord le lieu de la jouissance.

Le savoir qu'a le corps des chemins de la jouissance n'est pas un savoir moins impératif que celui du discours médical. Il en constitue l'infranchissable limite. Il s'affirme jusqu'à la mort et la folie, contre une sécurité qui nous est imposée à force de

nous être proposée, contre la sagesse des nations, ce lieu commun du bon sens. Il ne s'enseigne pas en faculté et, il faut le concéder, ne se prête guère non plus à faire un livre. « Un livre, c'est toujours un enfant né avant terme qui me fait l'effet d'une créature assez répugnante en comparaison de celle que j'aurais souhaité mettre au monde, et que je ne me sens pas trop fier de présenter aux regards d'autrui », dit encore Lévi-Strauss. Sans doute n'est-il pas possible de faire plus quand on espère justement du discours qu'il laisse enfin à autrui une place, quand on sait que ce n'est pas du sens (bon sens ou pas) que procède le discours, mais du *signe*. C'est d'autrui qu'il reste à attendre que le signe soit recueilli pour que l'ellipse qui se referme sur ce qui a été trop vite, trop mal dit, trouve son autre centre qui la justifie.

Il faut donc présumer de ce que le lecteur est disposé à accueillir. S'il est vrai, comme je l'avance ici, que le discours médical nous laisse dans une position subjective divisée, il n'est pas douteux qu'il attende d'un livre sur la médecine qu'il lui fournisse les arguments ou, du moins, l'espoir d'une technique d'appoint qui lui permette de prendre parti, pour ou contre. C'est pourtant dans la voie inverse que je me suis engagé, puisque je ne tiens pour nullement occasionnel ce qu'on considère habituellement comme les bavures d'un système fondamentalement bon, et qu'il suffirait de réformer ici et là.

La psychanalyse a montré qu'on souffre aussi de ce qui ne peut se dire. La censure qu'exerce le discours médical provient de ce qu'il ne laisse aucune place pour ce qui n'entre pas dans la cohérence qui lui est propre. Quand le médecin conclut que « ce n'est rien », ou que c'est « psychique », et plus encore quand la médecine laisse supposer qu'elle viendra tôt ou tard au bout des malheurs qui lui sont confiés, elle rassure peut-être pour un temps, mais elle ne vend que de l'orviétan, si complexe que soit

la formule chimique du médicament qui en est le support. Surtout, elle incite chacun à démissionner d'avance devant son pouvoir et son savoir supposés. C'est par là qu'elle fournit une mythologie pour les hommes des temps modernes. Mythologie assez terne au demeurant. Car de l'exploit des victoires contre la mort, il ne reste plus que la promesse d'une survie, inscrite dans l'immatriculation à la Sécurité sociale. Ce qui ne suffit apparemment pas à exalter tous ceux qui ont trouvé les moyens de se donner la mort, en utilisant d'ailleurs volontiers les toxiques qu'on ne connaîtrait pas et qu'on ne produirait pas sans la médecine.

NOTES

1
Le Président Thomas Woodrow Wilson, S. Freud et W. Bullitt, Albin-Michel.
2
K. Marx, *L'Idéologie allemande,* Éditions sociales, p. 135.
3
Lévi-Strauss, *Les Structures élémentaires de la parenté,* PUF, 1949, p. 16.

1

L'Ordre médical

On a pu ironiser sur la bibliothèque du médecin. Ironie facile : elle ne témoigne que de la censure qu'exerce l'Ordre médical. Du moins Proust n'en est-il pas absent. Sans qu'on sache trop si le docteur a eu le temps de le lire. Qu'importe ! les médecins sont finalement un peu agacés par le Pr Dieulafoy, élégant et cultivé, dont les concessions à la mondanité sont au total plutôt humiliantes. A l'injure près, ils se reconnaissent plus dans le Dr Cottard, « grand clinicien et opiniâtre imbécile ». Pour celui-ci, le monde se compose de médecins et de malades ou futurs malades ; il sait qu'en dernier ressort on aura recours à lui. Le reste du monde, si enrubanné soit-il, ne vaut pas plus que ses propres calembours, les plus mauvais étant toujours trop bons pour ce qu'il mérite.

L'Ordre médical n'a pas à être défendu ni démontré. Les médecins en sont les exécutants, les fonctionnaires, souvent humbles, parfois glorieux, mais l'Ordre s'impose de lui-même. Il est là toujours présent dans notre vie, depuis notre naissance dans une maternité jusqu'à notre mort à l'hôpital, depuis les examens prénataux jusqu'à la « vérification », à l'autopsie. Plus encore que l'efficacité de la médecine, c'est sa scientificité qui fait loi, car nul ne conteste que, pour une part au moins, le

savoir médical ne soit vrai et vérifiable. Par lui, c'est la notion même de *croyance* qui se trouve aujourd'hui transfigurée. La croyance en la médecine dépasse de loin la croyance en quelque religion que ce soit. Elle mobilise un mouvement de solidarité entre les hommes sous la forme d'un budget de la santé, qui dépasse de loin toutes les œuvres de charité se réclamant de la morale et de la religion. Aussi peut-on bien tolérer qu'il y ait quelques mécréants de la médecine. Le jour venu, ils ne manqueront pas de recourir aux rites de circonstance, et les rites seront sauveurs. La guérison du mécréant sera aussi la déconfiture de sa vaine révolte.

La bibliothèque du médecin n'a donc pas besoin d'être abondante. La Bible y suffit. Il suffit qu'on y trouve les traités, les précis, plus souvent les résumés et les manuels, et même les dépliants des laboratoires pharmaceutiques. Il serait vain et injurieux de le déplorer. Un style concis, sans vaines considérations, s'inscrivant directement dans une pratique, est le seul qui convienne aux médecins. Rien ne les convainc davantage qu'un énoncé précis sur une maladie, une indication thérapeutique, un remède nouveau. Car ils n'ont pas de temps à perdre et souffrent toujours seulement de manquer de savoir utilisable.

Le reste est littérature et philosophie. Et, de ce point de vue, les médecins ont le même agacement à l'égard des positions moralisantes du Conseil de l'Ordre, de la folklorique prestation du Serment, et des positions contestataires de quelques étudiants, psychiatres ou engagés politiques dont ils pensent qu'ils ne sont pas en contact avec les réalités professionnelles.

La bibliothèque du médecin se caractérise par une absence, celle de tout ouvrage fondamental sur la médecine. Si le cadeau d'un ami ou client reconnaissant a fortuitement occupé un rayon de sa belle reliure, le livre n'aura été ouvert que sur les jolies gravures, où se consent un regard distrait sur l'histoire de la

médecine : le regard du touriste qui se refuse à être inculte. Car pourquoi le médecin ne reproduirait-il pas ce qui lui a été enseigné à la Faculté, et ce que montrent tous les livres de médecine : qu'il n'y a pas de temps à perdre en de vaines considérations et qu'il faut aller droit au but ?

Les médecins pensent, avec Althusser, et même s'ils ne l'ont pas lu, que la philosophie, c'est « ce qui ne conduit nulle part », et aussi que c'est « ce qui divise ». Ils interprètent ces constats dans un sens péjoratif. Le corps médical n'a pas intérêt a être divisé par de vaines considérations, et chaque médecin ne peut supporter d'être subjectivement divisé dans l'accomplissement de sa tâche quotidienne.

Aussi les livres fondamentaux sur la médecine sont-ils ignorés au même titre que pamphlets et polémiques. C'est aussi pourquoi ils peuvent être remarquablement tolérés. Les médecins n'ont pour eux que le regard du roi pour son bouffon. Celui-ci, par ses clowneries, n'est-il pas le meilleur soutien de sa gloire ?

La médecine partage avec les puissants de ce monde un étrange pouvoir de fascination. Chacun vole à leur secours alors qu'ils ne le demandent pas et ne répondront que par l'ingratitude. De tout temps, les philosophes ont parlé de la médecine, et ce ne fut que pour contribuer à constituer son hagiographie. Aujourd'hui, l'épistémologie a pris le relais en faisant un modèle de la biologie et de la médecine.

A vrai dire, on pourrait tout aussi bien écrire un sottisier à partir de quelques mésaventures de la biologie, celles du lyssenkisme, de la critique de la biologie pastorienne, de la querelle de l'ontologie au XIXe siècle, de la circulation sanguine au temps de Molière. Ça ne se fait pas, mais qu'importe ! Tout ceci

n'est enseigné qu'aux étudiants de philosophie, et la plupart des médecins et des généticiens ignorent jusqu'au nom de Canguilhem. Au grand marché de l'ignorance dispensée par l'Université, personne n'est mieux servi, le philosophe étant invité à étudier la « norme » dans la seule biologie, mais sans référence aucune notamment à l'œuvre monumentale de Kelsen qui ouvre d'autres avenues.

Le travail des philosophes contemporains n'en est pas moins des plus intéressants, en ceci qu'il tend à se fondre le plus étroitement possible avec l'idée que la médecine se fait d'elle-même, et par là même à lui fournir une assise. En décrivant l'Ordre médical, ils le constituent.

M. Foucault[1] a montré les bases conceptuelles et sémantiques que l'anatomie pathologique a fournies à la médecine moderne, en constituant les signifiants mêmes de son langage. C'est là une démarche rigoureuse, mais c'est aussi une démarche qui est dans l'Ordre, qui ne prétend et ne peut prétendre dire autre chose que ce que voit le « regard » médical, qui retient seulement ce que le discours médical peut retenir. Aussi, n'est-ce que de façon tout à fait incidente que M. Foucault parle de ce que la médecine instaure comme type de relation entre médecin et malade, problème qui, comme nous le verrons, n'intéresse pas à proprement parler la médecine. Cette absence, qui ne peut certes pas lui être reprochée d'un point de vue méthodologique, puisque le champ de son travail est nettement délimité, n'en a pas moins des conséquences sur l'appréhension qu'on peut en avoir de ce que constitue la médecine.

Quand on lit d'autre part la dénonciation, faite par M. Foucault, de l'enfermement des fous comme liée à l'instauration du règne de la Raison[2], on ne peut s'empêcher de penser qu'il a détourné son regard (et le nôtre) de la médecine vers la

psychiatrie, sans montrer que celle-ci est sous la dépendance de celle-là. Or, les murs de l'hôpital, s'ils sont moins hauts, sont plus solides que ceux de l'asile. L'enfermement dans les hospices, les léproseries et les sanatoriums a servi de modèle aux hôpitaux psychiatriques. La forme est moins brutale et moins policière pour le malade que pour le fou, mais la pression familiale et sociale ne laisse guère le choix quand il faut pour chacun se soumettre à un ordre qui n'est pas le sien. Le « consentement » de l'intéressé aux examens et traitements qui lui sont « proposés » n'est nulle part évident. En dénonçant l'*arbitraire psychiatrique,* M. Foucault se fait indirectement complice de la *raison médicale.* Pourtant, l'un et l'autre procèdent du même bon sentiment : Imposer ce qui est le plus favorable au bien de quelqu'un, qui n'est pas jugé en mesure d'opposer un jugement recevable.

Incidence non négligeable : tous les psychiatres ont lu *Histoire de la folie.* Aucun médecin n'a lu *Naissance de la clinique,* ou presque.

Par ce destin auprès des médecins, le livre de Foucault rejoint le travail de Canguilhem[3], unanimement estimé par les philosophes et pratiquement inconnu des médecins. Ce livre, plus préoccupé de méthodologie médicale que de toute autre chose, ne manque pourtant pas d'indiquer ce qui fait la véritable difficulté de la médecine : *la maladie, en acquérant un statut scientifique, se sépare de plus en plus de ce que l'intéressé en éprouve.* C'est ce qui avait conduit Leriche à distinguer la « maladie du malade » de la « maladie du médecin ». Canguilhem reprend avec soin cette position courageuse de Leriche qui allait largement à l'encontre de l'idéologie médicale. Mais pourtant cette distinction ne contrevient pas à ce qu'instaure l'Ordre médical.

En affirmant que « la douleur n'est pas dans l'ordre de la nature », Leriche attirait l'attention du médecin sur toute douleur accusée par le malade (et aussi sur toute demande) même non repérable en termes médicaux. Ce qui a contribué, comme on sait, à des progrès appréciables dans la chirurgie de la douleur, à d'autres aussi, moins évidents, dans les traitements médicamenteux de l'angoisse. Mais ceci finalement reste, dans les meilleurs cas, une médicalisation de la « maladie du malade », c'est-à-dire une extension du champ et du pouvoir médical.

Une autre conséquence n'est pas moins remarquable. Leriche, à l'inverse, dénie le titre de maladie aux formes dites silencieuses des maladies, telles qu'un cancer du rein resté latent et découvert à l'occasion d'une autopsie pratiquée après une mort intercurrente. C'est là une affirmation extrême qui est dans la suite de la distinction faite par Leriche. Mais il est clair que les médecins ne peuvent s'y rallier. Et pas plus qu'eux Canguilhem qui, pourtant, convient avec Leriche qu'il doit y avoir nécessairement conscience morbide du malade, avant diagnostic médical. « Il n'y a rien dans la Science qui n'ait d'abord apparu dans la conscience. » Aussi affirme-t-il qu'il y a bien eu conscience morbide, si ce n'est pour celui-là qui a une forme silencieuse de cancer du rein, du moins pour les malades qui ont fait autrefois appel au médecin pour une même forme de cancer à un stade plus avancé.

C'est là une affirmation de principe. Elle vise à sauver l'idée que la médecine se fait d'elle-même : de sa coalescence avec la demande du malade. C'est aussi l'affirmation par un philosophe du primat de la conscience sur la science. Mais c'est une affirmation inexacte. Ainsi, un malade atteint d'idiotie (disons une idiotie phénylpyruvique qui relève évidemment de la médecine) ne s'est jamais ni aujourd'hui ni autrefois constitué comme

malade, pour des raisons évidentes. Ce sont ses parents qui l'ont fait, informés qu'ils étaient qu'un discours médical pouvait avoir à en dire quelque chose. *C'est donc le discours médical qui a rendu possible l'identification morbide, et non l'inverse.* De même, dans des cas extrêmes, il faut qu'existe le discours médical pour qu'une fatigue cesse d'être attribuée à la flemme, une affection aiguë à une punition du ciel, une anomalie génétique à un coup du destin… Ce n'est pas une prise de conscience de l'intéressé qui permet la constitution du savoir médical, c'est au contraire l'existence de ce savoir qui permet la prise de conscience. L'artifice du recours à la constitution historique du savoir médical, même si on pouvait en prouver l'exactitude (ce qui me paraît impossible comme on vient de le voir), ne change rien au fait, structural, de la préexistence pour chaque malade d'un discours médical où il a sa place d'avance désignée. Le rôle d'informateur de la médecine qu'a chaque malade ne change rien à la prééminence du rôle du médecin, car c'est lui qui organise les informations, qui ne viennent pas toutes, à beaucoup près, de ce que peut lui en dire le malade lui-même.

La position de Canguilhem est cohérente avec ce que lui-même annonce[4]. « Nous n'avons pas l'outrecuidance de prétendre à rénover la médecine en lui incorporant une métaphysique. Si la médecine doit être rénovée, c'est aux médecins de le faire, à leurs risques et à leur honneur. » Mais nous ne pouvons le suivre dans son affirmation. Constituer comme « métaphysique » ce qui est hors du savoir médical, c'est le discréditer d'avance au regard d'une médecine identifiée à une « physique ». C'est donner d'avance à l'Ordre médical et aux médecins qui le représentent toute autorité. Le coup de chapeau à la « conscience morbide » des lointains précurseurs dans les voies de la maladie n'y change rien. La médecine a

surabondamment prouvé qu'elle pouvait se passer de toute conscience personnelle d'un état morbide, et même de toute demande. Celle-ci, quand elle existe, n'a de toute façon aucune place dans le discours médical, pour qui le malade n'est qu'un indicateur de signes et non un demandeur. C'est là la méconnaissance, qui est systématique et non fortuite, de l'Ordre médical. C'est bien parce que Canguilhem réussit à participer au plus près du savoir médical, qu'il participe aussi de ses méconnaissances sur ce point.

Chacun de nous est trop solidaire du discours médical pour ne pas en épouser d'avance les raisons. C'est pourquoi la seule critique vraiment radicale que je connaisse de l'Ordre médical est donnée par un fait que rapportent les ethnologues, parce que ce fait n'a pas à s'embarrasser de considérations mineures sur les limites et les échecs de la médecine et qu'il impose à notre réflexion ce qui résulte de la réussite de la médecine quand elle est totale. La réplique est donnée par des malades eux-mêmes, guéris mais médicalisés en quelque sorte par surprise, et ne participant donc pas du discours médical.

Lévy-Bruhl[5] a consacré une importante étude aux suites inattendues des guérisons obtenues par des médecins européens auprès d'indigènes d'Afrique et d'Amérique. Ces derniers, loin de témoigner de leur reconnaissance au médecin qui vient de leur sauver la vie, viennent au contraire réclamer comme un dû qu'il continue à leur assurer un soutien moral et matériel, et ils se montrent décontenancés et irrités qu'on le leur refuse. Ce qui a le plus frappé et scandalisé les observateurs c'est, bien entendu, que les malades guéris viennent réclamer de l'argent ! Lévy-Bruhl explique alors patiemment qu'il ne faut voir là nulle ingratitude, mais que la « mentalité primitive » des indigènes

leur fait croire que leur vie, pour avoir été sauvée par l'intervention médicale, n'en reste pas moins gravement menacée par les démons qui ont déjà tenté de les perdre et que ceux-ci risquent, au contraire, de se montrer d'autant plus menaçants que leur première tentative a échoué. Aussi la protection du puissant sorcier blanc doit-elle se perpétuer.

Nul doute qu'une interprétation aussi « compréhensive » n'incite le médecin colonial à une indulgente condescendance à l'égard du manque de civilité de l'indigène. Après tout, l'Ordre médical n'est pas gravement menacé parce que le primitif ignore dans quel sens doit se faire la circulation de l'argent dans le monde capitaliste. Il ne faudrait donc retenir de tout ceci qu'une anecdote folklorique due à la survivance de superstitions d'un autre âge. Ainsi l'ethnologue se campe-t-il dans son rôle de paléontologiste de l'espèce humaine, observateur de cultures et de civilisations en voie de disparition. Le sauvage reste le bon sauvage, comme il se doit. Quant au médecin, il peut continuer dans ses fonctions de bienfaiteur, d'ailleurs patenté, de l'Humanité.

Laissons à l'ethnologue la responsabilité d'une explication qui a le mérite douteux de ne pas remettre en cause nos habitudes de pensée. Je ne crois pourtant pas que l'ethnologie sortira de ses ornières tant qu'elle se bornera à étudier les mœurs des primitifs comme le zoologiste observe les animaux inférieurs, au moins inférieurs à l'homme, tant qu'elle étudiera leurs mythes, leurs mœurs de mariage, leur Œdipe à la mesure de l'homme occidental.

La demande d'argent faite par l'indigène n'en questionne pas moins le médecin sur sa générosité, une générosité qui se limite à l'accomplissement d'exploits techniques et spécialisés, une générosité qui ne s'adresse pas à l'individu comme tel, mais à un représentant quelconque de l'humanité, et seulement en

tant qu'il se trouve dans la situation particulière du malade. Il va de soi pour le médecin occidental qu'on peut et qu'on doit rendre la vie sans se préoccuper ni des raisons ni des moyens de vivre de l'assisté. On peut toutefois s'imaginer qu'un esprit non averti, tel que celui de l'indigène, ait quelque difficulté à s'y retrouver dans un système de valeurs aux impératifs à la fois si forts et si limités. La question que pose l'indigène reste donc entière : *le médecin, en apportant la guérison, ne contracte t-il pas une dette envers ceux-là mêmes qu'il soigne* ? Peut-être est-ce de cette question que sont avant tout porteurs tous ces « fonctionnels » et « névrosés » qui encombrent les salles d'attente des praticiens.

Car il est vrai que la médecine ne parle jamais de la mort, si ce n'est pour tenter d'en reculer l'échéance ; elle ne parle jamais de la vie et de la jouissance, si ce n'est pour la réglementer ; elle dénie toute autre raison de vivre que la raison médicale qui fait vivre, éventuellement de force. Mais elle a au moins des comptes à rendre à ses administrés.

Cette même difficulté pourrait être prise par un autre bout qui nous est familier. Parfois, l'opinion publique s'émeut quand un prodigieux arsenal technique se trouve mis en branle pour prolonger la vie et par conséquent les souffrances de quelque vieillard célèbre. Récemment, un des dictateurs les plus cruels et les plus puissants, ainsi traité, n'a pu que murmurer : « Ne croyez-vous pas que vous abusez de moi » ? Et pourtant, qui pourrait douter de l'autoritarisme de Franco, de la compétence et du dévouement de ses médecins, orchestrés par un chirurgien célèbre, son propre gendre ? L'Ordre médical est plus puissant que le plus puissant dictateur, et parfois aussi cruel. On ne peut lui résister parce qu'on n'a aucune « raison » à lui opposer.

La plainte du dictateur rejoint ici la revendication du sauvage. Personne ne peut prétendre sortir indemne de son

rapport avec la médecine, que l'on soit médecin, malade ou futur malade. Il nous faut faire le constat que *la médecine nous laisse subjectivement divisés*. Chacun de nous est séduit, conquis, moins par ses résultats thérapeutiques que par l'étendue et les certitudes du savoir médical, et moins par celles-ci que par la permanence de son ordre au moment où notre propre corps nous abandonne. Mais aussi, la médecine nous réduit au silence. Aucune raison n'est objectable à la raison médicale, et le médecin ne recueille de son patient que ce qui peut prendre place dans le discours médical. *On ne peut prétendre sauver à la fois le discours médical et le discours du patient*.

Le médecin peut-il sans se renier abandonner son discours et faire droit aux objections de son malade, plutôt que de les réduire comme il lui en est fait obligation ? C'est là au fond la question de G. Duhamel, qui ne manque jamais d'entonner bravement les trompettes de l'idéologie médicale : « L'empreinte médicale est indélébile. Elle est marquée aussi profondément que l'empreinte ecclésiastique. *Sacerdos in aeternum*. Je ne connais point de défroqués de la médecine. Le clerc qui a quitté la maison y retourne toujours avec aisance et plaisir. Il sait qu'il ne peut pas, quoi qu'il en pense et quoi qu'il en fasse, ne pas agir et penser en médecin. Chaque parole qu'il prononce est, qu'il le veuille ou non, une parole de médecin[6]. »

Il reste à ajouter ceci : Si le clerc ne peut sortir de l'Ordre médical sinon des « ordres », sur quel savoir le laïc s'appuiera-t-il pour le contester plus sûrement ? Le totalitarisme du discours médical, qui est celui de sa logique, n'est pas le fait de ses clercs. Il inclut tous ceux qui en connaissent au moins l'existence.

La nécessité s'impose de parler de la médecine comme étant un discours. Et d'abord pour en dégager ceci qu'on participe du discours médical, même si on n'en possède pas le savoir et si on n'en a pas la pratique. Le plus grand médecin ne peut prétendre posséder tout le savoir et toute la technique ; il lui faut souvent avoir recours à l'avis de ses confrères et aussi à ses livres. A l'inverse, le plus ignorant des non-médecins peut être amené à s'improviser secouriste et à faire par là un acte médical. Il y a une hiérarchie en médecine qui est une hiérarchie du savoir. Je ne crois pas que cette hiérarchie puisse être abolie. Même en Chine, les « médecins aux pieds nus » ont la même fonction que les officiers de santé en France, au siècle dernier. Et le médecin célèbre, contraint d'aller passer quelques mois à la campagne, continue certainement à jouir au moins du prestige que lui confèrent son savoir et sa brillante carrière. S'il va sur place pour s'instruire, il ne fait rien d'autre que ce qu'a fait la médecine bourgeoise en allant dispenser ses soins aux pauvres.

La hiérarchie n'est pas ce qu'il y a de plus important. La distinction entre grands et petits médecins, médecins et infirmiers, personnel médical et population instruite..., ne fait que dissimuler le fait qu'instaure l'existence d'un discours médical. Chacun sait qu'il existe un savoir médical, que personne ne peut prétendre le posséder entièrement, mais qu'il est toujours possible d'y avoir recours. Bien plus, le malade lui-même n'est jamais un autre par rapport à ce discours. Il y participe, il est convié à s'y rallier, à s'y soumettre et, en fait, il le devance et tente de raisonner sur sa maladie en termes médicaux.

Il est inexact de dire seulement que la médecine dépossède le malade de sa maladie, de sa souffrance, de sa position subjective. Elle en dépossède tout autant le médecin, appelé à faire taire ses sentiments parce que l'exige le discours médical. Dans le même temps où le malade, comme individu, s'efface devant

la maladie, le médecin en tant que personne s'efface aussi devant les exigences de son savoir. A la relation « médecin-malade », se substitue la relation « institution médicale-maladie ». Le reste n'est que verbiage au regard de cette transformation de la situation, et ne peut que s'accentuer à mesure que se développe le discours médical.

Parler de la médecine comme d'un discours nous permet de ne pas dépendre trop étroitement de l'idée qu'elle se fait elle-même de sa scientificité. C'est parce que la médecine se réclame — à juste titre — de la science, et parce que science est devenue synonyme de vérité, que la médecine constitue un bastion résistant aussi bien aux attaques les plus vigoureuses qu'aux louanges maladroites et que son totalitarisme même est supporté comme un mal dont il faut attendre un bien. Plus encore, sa méthodologie, ou du moins celle de la biologie, est devenue un *modèle* que l'épistémologie en particulier s'est approprié.

La médecine, en ne regardant que les modèles qui la font actuellement fonctionner, reste incapable d'expliquer quoi que ce soit sur les découvertes qu'elle a faites autrefois, sinon en les mettant sur le compte de l'empirisme. D'autre part, l'exactitude du savoir médical n'est pas la vérité. Elle en est le contraire : En constituant ce qui fait son objet (la maladie) comme sujet de son discours, la médecine efface la position de l'énonciateur du discours qui est celle du malade lui-même dans l'énoncé de la souffrance, et celle du médecin dans la reprise de cet énoncé dans le discours médical. C'est là que nous aurons à faire resurgir la vérité, en tant qu'elle est masquée par l'objectivité scientifique même.

NOTES

1
M. Foucault, *Naissance de la clinique,* PUF, 1963.
2
M. Foucault, *Histoire de la folie,* Gallimard, 1972.
3
Canguilhem, *Le Normal et le Pathologique,* Gamien, PUF, 1966.
4
Canguilhem, *Le Normal et le Pathologique, op. cit.,* p. 8.
5
Lévy-Bruhl, *La Mentalité primitive,* PUF, 1960, ch. 13.
6
G. Duhamel, Revue *Formes et Couleurs* n° 3, 1943.

2

Médecine. Sciences « positives ». Sciences « humaines »

C'est à la médecine qu'il convient de reconnaître la « place à la fois marginale et centrale », la fonction « signifiante » pour les sciences qu'on reconnaît généralement à la biologie, comme le fait en particulier J. Monod[1]. Il est vrai que les médecins eux-mêmes consentent volontiers à reconnaître un primat scientifique à la biologie, la médecine se trouvant de ce fait reléguée au rang d'application de la Science, entachée de contingences étrangères à la Science pure, en même temps qu'ennoblie d'avoir à prendre en compte ce qu'on appelle, assez confusément d'ailleurs, le « facteur humain ». Il y a dans cette distinction beaucoup plus qu'un constat, assez banal au demeurant, car il y a là l'établissement d'un véritable *statut de la médecine* qui s'inscrit dans le *statut de la science,* à savoir l'établissement d'une différence radicale entre *recherche pure et désintéressée* dont il est convenu de considérer qu'elle ne doit rien qu'à l'acquisition désintéressée du savoir, et *science appliquée,* liée aux utilisations techniques et pragmatiques du savoir. C'est-à-dire que le primat accordé à la biologie sur la médecine fait partie de l'idéologie de la Science et contribue à la renforcer.

Cette séparation entre science pure et science appliquée est pourtant constamment dénoncée : comme ayant pour résultat de désolidariser le savant des utilisations, souvent discutables, parfois condamnables, de ses découvertes. C’est donc pour des raisons d’ordre moral, et afin que le savant ne puisse prétendre à sa propre innocence personnelle, qu’on réfute le mythe de la recherche pure et désintéressée. On s’en tient habituellement là, c’est-à-dire qu’on affirme que le savant ne peut prétendre se laver les mains du produit de son travail : ce qui l’engage à prendre des positions sociales, politiques ou religieuses destinées à moraliser l’utilisation de la science.

On sait le peu d’effet de ces exhortations à une moralisation de la science, puisqu’en pratique les prises de position des savants recouvrent sensiblement l’échiquier politique, moral et religieux traditionnel. Ce qui n’est pas bien surprenant, car on ne voit pas en quoi ni pourquoi une formation scientifique favoriserait une conscience politique ou autre meilleure que celle des autres hommes. Aussi les engagements personnels des savants n’ont en pratique pas plus d’importance que ceux des artistes lyriques et des champions sportifs. Ils se limitent à favoriser le racolage qu’opèrent les partis politiques. Et l’effet le plus sensible de tels engagements est de constituer un vedettariat qui laisse entendre que certains hommes sont plus intelligents, plus lucides, plus dévoués que d’autres à la cause commune de l’humanité.

C’est parce qu’il a l’œil rivé sur les applications de la science que le savant (et avec lui le public) est amené à donner à la médecine un statut spécial, marginal et privilégié. Toute la science et même la biologie peuvent être utilisées à des fins guerrières, pour établir des empires économiques, et risquent au moins de contribuer à l’aliénation des hommes et à la destruction de l’équilibre écologique. Au contraire, dès qu’on entre dans le

domaine de la médecine, on pénètre dans les eaux calmes de la bonne conscience du savant. Alors qu'ailleurs les découvertes sont gardées par le secret (militaire) ou couvertes par des brevets, la médecine a, au contraire, le devoir de faire connaître le résultat de ses travaux à la communauté scientifique. C'est toute l'éthique qui se trouve renversée dès qu'on approche des applications médicales de la science. La médecine est la caution morale de la science, comme la Croix-Rouge et l'institut Pasteur l'étaient pour la colonisation. La médecine a donc une fonction déterminante sur l'idée que le savant peut avoir des effets de son travail, puisqu'il n'est pas de branche scientifique qui n'ait, peu ou prou, des applications médicales. Ainsi se trouve démontré que les savants peuvent en toute bonne conscience poursuivre leurs travaux. Il existe un domaine au moins où ils sont assurés d'œuvrer pour le bien de l'humanité. L'existence de la bombe au cobalt prouve que ce n'est pas la bombe atomique qu'on voulait faire. La médecine sert ainsi à déculpabiliser les scientifiques. Elle a une fonction psychothérapique pour assurer la bonne conscience de notre civilisation occidentale.

La hiérarchie qui instaure la recherche pure au sommet de l'échelle a sans doute pour fonction de placer le savant à l'écart du débat douteux où il s'agit d'apprécier la science à ses résultats. Mais ceci n'explique en rien pourquoi la biologie a un statut privilégié par rapport à la médecine. Car il est clair qu'elle l'a, et pas seulement sous la plume de J. Monod. Elle l'a beaucoup plus qu'on ne le dit généralement, même quand on concède paternellement à l'humble médecin praticien des vertus irremplaçables. Le statut de grand médecin, du « patron », plus proche de la Science pure que du malade, n'en reste pas moins supérieur. Cela est dû pour une part à des raisons qui sont didactiques : le professeur enseigne ce qu'il sait et

non comment et pourquoi on a accès à ce savoir. Il est plus facile d'enseigner aux étudiants ce qui est anatomie normale et physiologie normale pour expliquer le pathologique comme déviance par rapport à une normalité. Mais ces raisons didactiques sont elles-mêmes à examiner car elles instaurent un certain ordre qui est en contradiction avec l'ordre d'accès au savoir, l'ordre heuristique.

Or, l'examen du procès de la découverte scientifique montre, de façon constante, qu'en médecine c'est toujours sous la pression de la pathologie que les études anatomiques, physiologiques, biologiques ont été entreprises. Quand, par exception, une découverte fortuite a été faite (comme celle de l'existence des glandes surrénales), les savants ont été dans le plus grand embarras, jusqu'à ce qu'une maladie (comme la maladie d'Addison pour les surrénales) ait démontré leur fonction. Même les physiologistes les plus purs comme Claude Bernard n'ont été conduits à l'étude de la physiologie du glucose qu'à partir de ce que le diabète leur apprenait de sa pathologie. Ainsi, cependant que dans l'ordre didactique, le pathologique est déduit du normal, dans l'ordre heuristique c'est au contraire le normal qui est établi à partir du pathologique. De ce renversement des choses, il n'est pas fait état dans l'enseignement et quand le fait est surabondamment démontré par Canguilhem[2], cela ne change rien ni à l'enseignement de la médecine, ni à sa pratique. L'Ordre médical prévaut, avec ses exigences et avec ses ignorances. Il lui faut maintenir la caution scientifique que constitue le primat de la biologie.

Il faut surtout que se trouve éludée *la question du mode d'accès au savoir,* question dont les scientifiques ne veulent rien savoir. Rien n'est plus instructif sur ce point que de lire le livre de J. Monod, car la qualité universellement reconnue des travaux scientifiques de l'auteur ne donne que plus d'intérêt à la

critique qu'on peut faire de ses considérations idéologiques sur le travail scientifique. Le primat qu'il donne à la biologie sur la médecine constitue une véritable *mise à mort* symbolique du médecin. Cette formule nous est suggérée par un exemple qu'il nous fournit, innocemment bien sûr. Pour nous expliquer ce qu'est le « hasard essentiel », l'auteur nous dit[3] que serait toute fortuite, « inessentielle », la rencontre du marteau d'un plombier travaillant chez un particulier avec le crâne d'un médecin venant faire une visite auprès d'un malade dans le même immeuble. Or, si c'est évidemment le hasard qui intervient dans le mythe créé par l'auteur (l'exemple est pleinement convaincant), on peut se demander pourquoi il n'en a pas utilisé un autre, comme celui, classique, de Laplace qui parle de la chute d'une pierre sur le crâne d'un passant pour définir le hasard comme résultant de la rencontre de deux séries causales différentes.

Il ne s'agit pas d'interroger J. Monod sur le « hasard » qui lui a fait choisir un exemple malencontreux, mais plutôt de montrer la « nécessité » qui aboutit à *supprimer le médecin en tant qu'il occupe une place déterminante* dans le progrès des Sciences, au moins parce que, interprète de la demande du malade, il est porteur d'une question sur l'acquisition du savoir. Il y a une *cause* au savoir, dont nous pouvons dire au moins où elle se situe, du côté du médecin et du malade, ou pour mieux dire, du côté de la situation créée par l'existence de la maladie. Sur ce qui *cause* la mise en place du savoir, J. Monod ne manque pourtant pas de s'interroger, mais la réponse qu'il donne est justement de l'ordre de l'évitement et du recours à des notions purement idéologiques. Il revendique en effet une place centrale pour la biologie parce qu'il croit que « l'ambition ultime de la science est... d'élucider la relation de l'homme à l'univers[4] ». Mais la question tourne court quand il dit[5] « être conduit à croire (...) que l'angoisse de solitude et l'exigence d'une

explication contraignante sont innées ; que cet héritage, venu du fond des âges, n'est pas seulement culturel mais sans doute génétique ».

C'est là un acte de foi qui n'a de scientifique que la caution donnée par son auteur. Mais c'est aussi une explication raciste ou du moins élitiste, justifiant par avance la naissance d'une aristocratie intellectuelle. C'est pourtant une explication pauvre, car même si le prétendu gène du « désir de savoir » était récessif, ce que l'auteur ne dit pas, comment expliquer par cette voie pourquoi l'Antiquité gréco-latine et, plus tard, le monde arabe, après des périodes de prodigieuse fécondité intellectuelle sont restés, pendant des siècles, improductifs ? Ne convient-il pas ici de renvoyer l'auteur à ce que lui-même dénonce ailleurs comme une de ces « ontogénies mythiques et métaphysiques » ? Si la question d'un patrimoine génétique à préserver doit se poser, il faut aussi poser celle qu'indiquait ironiquement un mur de Mai 1968 : « Les gaullistes ont-ils un chromosome de plus ? »

Il est finalement remarquable que l'ironie n'apparaisse plus quand un prix Nobel affirme : « Les savants ont un gène de plus ! » C'est là la preuve qu'une certaine idéologie de la Science et du Savant sont solidement établis et constituent de modernes quartiers de noblesse. Même si cet aspect peut être considéré comme secondaire, simple conséquence sociologique fortuite du progrès de la Science, le problème n'est pas sans importance en ce qui concerne la Science elle-même.

Il n'est pas possible, au nom de l'objectivité (et de la modestie) du savant, de mettre entre parenthèses le processus même de la production scientifique. L'acquisition du savoir introduit un élément nouveau qui a pour effet de défier les lois de la nature. J. Monod évoque de façon particulièrement intéressante la place que peut occuper l'information par rapport à une des lois les mieux établies, celle de la dégradation de l'énergie,

c'est-à-dire l'entropie[6]. « Voici comment Maxwell a imaginé un "démon"... Ce démon, posté à l'orifice de communication entre deux enceintes remplies d'un gaz quelconque, était supposé manœuvrer sans consommation d'énergie une trappe idéale lui permettant d'interdire le passage de certaines molécules d'une enceinte à l'autre. Le démon pouvait donc "choisir" de ne laisser passer dans un sens que les molécules rapides (de haute énergie) et dans l'autre seulement les molécules lentes (de faible énergie). Le résultat en était que, des deux enceintes primitivement à la même température, l'une se réchauffait tandis que l'autre se refroidissait, tout cela sans consommation apparente d'énergie. Pour imaginaire que fût cette expérience, elle ne laissa pas d'embarrasser les physiciens : il semblait en effet, que par l'exercice de sa fonction cognitive, le démon eût le pouvoir de violer le second principe. Et comme cette fonction cognitive ne paraissait ni mesurable, ni même définissable, du point de vue physique, le "paradoxe" de Maxwell semblait devoir échapper à toute analyse en termes opérationnels.

« La clé du paradoxe fut donnée par Léon Brilloin s'inspirant d'un travail antérieur, de Szillard : il démontra que l'exercice de ses fonctions cognitives par le démon devait *nécessairement* consommer une certaine quantité d'énergie qui, dans le bilan de l'opération, compensait précisément la diminution d'entropie du système. En effet, pour que le démon ferme la trappe en "connaissance de cause, il faut qu'au préalable il ait *mesuré* la vitesse de chaque particule de gaz. Or toute mesure, c'est-à-dire toute acquisition d'information, suppose une interaction par elle-même consommatrice d'énergie". »

Ajoutons que Monod nous indique que ces démons ne sont plus désormais une pure fiction, et que les enzymes accomplissent une telle fonction de discrimination.

Le savoir n'est pas sans poser des problèmes comparables à ceux évoqués ici. Car le savoir, au moins dans la mesure où il est identifié à l'information, subit une nécessaire dégradation dans sa transmission de bouche à oreille, d'écrit à lecteur, et plus encore de la chose observée à sa consignation. Comme l'énergie, l'information en se diffusant dans l'enseignement qui en est donné se dégrade. Il y a une *entropie de l'information. Or, c'est cette entropie que le savant remonte.*

A quel hypothétique « désir de savoir » faudrait-il attribuer cette remontée de l'entropie, cette création de savoir ? Sur ce point, le psychanalyste peut au moins témoigner de ce que dans sa pratique c'est à un *désir de ne pas savoir* qu'il a affaire. Et ceci, c'est ce que nous confirme l'histoire des sciences quand elle nous montre à quelle formidable résistance se heurte toute nouvelle découverte, y compris au sein des sociétés savantes, et à certains égards surtout chez elles, dans la mesure où elle contredit le système conceptuel en vigueur. Kuhn a montré que les sociétés savantes se constituent et se reconnaissent autour de « paradigmes » qui sont les modèles permettant la poursuite de la recherche scientifique. Le groupe scientifique se reconnaît autour de ces paradigmes et de leur bon usage, et il accueille à priori comme non scientifique tout ce qui vient les contredire et détruire de ce fait, non seulement les modèles reçus, mais aussi l'homogénéité du groupe des savants. Cette résistance des corps scientifiques constitués dure jusqu'à ce que les paradigmes en vigueur, devenus trop insuffisants pour expliquer des faits nouveaux, soient remplacés par de nouveaux paradigmes auxquels le groupe entier se rallie, oubliant les bases sur lesquelles il avait fonctionné auparavant. Nous verrons qu'en médecine notamment tout « progrès » s'est accompagné du rejet de tout ce qui était dès lors qualifié de médecine ancienne. Ainsi s'avère-t-il que les savants ne sont pas particulièrement accueillants à

l'égard des nouveautés, en dépit de leur prétendu « désir de savoir ».

Une avancée certaine du discours scientifique n'en existe pas moins, mais nous dirons qu'elle se fait *en dépit* des savants eux-mêmes et *du seul fait des vertus du discours scientifique,* dont ils ne sont que les supports occasionnels. Le manque dont est porteur tout discours fait qu'il ne cesse pas de se développer. Le mythe du « tout savoir » qu'il vise à constituer ne suppporte pas les zones d'ombre qu'il a pourtant créées par son développement même.

Nous avons vu que la question posée par Maxwell ne peut trouver de réponse qu'en prenant en considération le rapport de son « démon » avec cela même qu'il est capable de mesurer, avec l'énergie. De même, la question que pose le savant ne peut s'étudier indépendamment de ce qui constitue son rapport au savoir, c'est-à-dire le discours que lui-même énonce, et constitue. Or, les savants se satisfont généralement de considérations simplistes sur le langage qu'ils utilisent et sur la place qu'ils y occupent comme auteurs d'un discours scientifique.

Un exemple nous montrera à quelles aberrations peut conduire une tentative d'approche *à prétention scientifique* de la fonction du langage.

J. Lyons écrit[7] : « Lorsque Bloomfield écrivit son livre monumental *le Langage,* il adopta explicitement le béhaviorisme comme cadre pour la description linguistique. (Non moins explicitement, il avait déclaré son adhésion à la psychologie "mentaliste" de Wundt dans son ouvrage antérieur, *An Introduction to the study of language,* "Introduction à l'étude du langage", publié en 1914). Dans le deuxième chapitre du *Langage,* il prétendit par ailleurs que, même si nous pouvions en principe prédire si tel stimulus amènerait quelqu'un à parler et, dans ce cas, exactement ce qu'il dirait, en pratique, nous ne

pourrions faire cette prédiction “que si nous savions la structure exacte de son corps à ce moment précis” (p. 36). Le sens d’une forme linguistique était défini comme “les événements pratiques” qui étaient “en rapport avec cette forme” (p. 30) et, dans un chapitre subséquent, comme “la situation dans laquelle le locuteur l’énonce et la réponse qu’elle provoque de la part de l’auditeur” (p. 132). Comme exemple d’une situation simple, mais vraisemblablement typique, dans laquelle on pourrait se servir du langage, Bloomfield suggère ceci : “Jack et Jill descendent un sentier. Jill aperçoit une pomme sur un arbre et, ayant faim, demande à Jack de la lui cueillir ; il grimpe à l’arbre et lui donne la pomme ; et elle la mange.” C’est ainsi que nous décririons normalement les événements. Une description béhavioriste serait quelque peu différente : la faim de Jill (“c’est-à-dire certains de ses muscles qui se contractaient et certaines sécrétions qui se faisaient, surtout dans son estomac”) et la pomme qu’elle voit (c’est-à-dire des ondes lumineuses réfléchies par la pomme qui ont frappé ses yeux) constituent le stimulus. La réponse directe à ce stimulus serait que Jill grimpe elle-même à l’arbre cueillir la pomme. A la place, elle produit une “réponse substitut” qui prend la forme d’une séquence particulière de bruits faits avec les organes de la parole ; et cela sert de “stimulus-substitut” à Jack, l’amenant à agir comme il aurait pu le faire s’il avait lui-même eu faim et avait vu la pomme. Cette analyse béhavioriste de la situation laisse évidemment beaucoup de choses à expliquer, mais nous ne nous arrêterons pas là-dessus ici. L’exemple de Bloomfield donnera au lecteur une idée de la façon dont le langage était censé fonctionner dans des situations pratiques comme substitut d’autres sortes de comportements non symboliques ; et cela suffit à notre propos. »

Je ne ferai pas preuve de beaucoup d'audace en proposant une tout autre interprétation que ces considérations savantes, puisque l'exemple le suggère évidemment. Jill pourrait fort bien avoir tout autre chose qu'une pomme à demander à Jack, par exemple de jouer à Adam et Eve. Car il est probable que Jill et Jack ont déjà entendu parler d'histoires de pommes et de paradis terrestre : comme vous et moi (et très certainement Bloomfield, Chomsky et Lyons, bien qu'ils n'en disent rien ; mais c'est là que se manifeste le refoulement par le discours « scientifique »).

On peut donc au moins supposer que la demande de Jill est porteuse *aussi* d'une demande d'ordre sexuel. Mais je ne crois pas qu'on puisse rattraper l'explication bloomfieldienne en disant par exemple que le message est polysémique, que Jill a une demande non seulement alimentaire, mais aussi sexuelle. Car il se peut fort bien que Jill n'aime guère les pommes et n'ait non plus aucun désir de réalisation sexuelle au moins dans l'immédiat, qu'elle veuille seulement engager un *flirt purement verbal* (au moins pour le moment) avec Jack, qu'elle attende de lui qu'il saisisse la balle au bond (bien plus encore que la pomme) pour la renvoyer à sa partenaire.

Nous n'en savons rien. Nous savons seulement qu'à partir du moment ou le *mot* « pomme » a été prononcé, c'est d'un *signifiant* qu'il s'agit et que ce signifiant n'est pas forcément à mettre en rapport avec *l'objet* pomme qui se trouverait ainsi *signifié*. A la limite, nous dirons que l'explication bloomfieldienne ne tient que si nous supposons Jill comme une parfaite oie blanche, et Jack un grossier balourd. Pour ma part, je ne crois pas qu'une femme ne tende jamais une pomme (sous la forme d'objet ou sous la forme d'un signifiant) de façon innocente ; bien plus, je ne les crois jamais assez perverses et menteuses pour demander une pomme dans le seul but d'apaiser

leur faim. Quand un dialogue s'engage, si futile qu'il soit (et celui-ci ne l'est pas), c'est tout le rapport au langage qui se trouve mis en cause, c'est-à-dire tout ce qui spécifie l'espèce humaine. Dans le flirt, la parade sexuelle s'engage autour de manifestations de prestance, où les jeux du langage ont une place prédominante, permettant à chacun de jouer avec les signifiants et de les déjouer. Par là, par le langage, les hommes ont réussi à surmonter la faiblesse intrinsèque de leur condition. C'est aussi, c'est surtout à son art d'utiliser le langage que se reconnaît un homme. Cyrano ne nous montre-t-il pas comment l'art de s'en servir est plus important que la difformité physique ?

Ce serait une interprétation psychologisante, et faussement psychanalytique qui nous ferait dire de Jill qu'elle a une « envie du pénis » et non une « envie de pomme ». Nous pouvons seulement dire que nous ne savons rien de ce qu'est son désir, au-delà de sa demande de pomme. Nous savons qu'elle engage les deux protagonistes sur un terrain qui, qu'elle le veuille ou non, est celui du langage. Nous voici donc bien loin des *certitudes* de la science vers lesquelles nous amenait Bloomfield, puisque c'est de notre non-savoir sur le désir de Jill (et de Jack) que nous pouvons seulement parler. Et pourtant, nous pouvons dire que nous approchons beaucoup plus de la *vérité* de Jill et de Jack quand nous en venons à soulever la question de la problématique de leur désir, dès lors qu'il doit se signifier dans le langage. Car chemin faisant, notre question s'est déplacée de la pomme à Jack et Jill. Nous dirons que, dans sa demande, Jill commence par *se signifier elle-même* dans un désir dont l'objet n'est nullement défini, et qui n'est peut-être que désir de désir, désir de connaître ce qu'il en est de son propre désir et de celui de Jack, qui est sommé au moins de montrer s'il est serviable, et s'il n'est que serviable… On ne touche pas aux pommes sans

atteindre l'Arbre de la Connaissance. Du moins c'est ce que dit la Bible qui nous en apprend plus, ici, sur les pommes et sur les origines de l'humanité que les considérations « scientifiques » de nos linguistes.

Pourtant la pomme, dans sa matérialité rassurante, est prise dans le discours scientifique. Celui du botaniste, du chimiste, du diététicien, du biologiste et, comme nous l'avons vu, du linguiste. Peut-être le médecin aussi aura-t-il à connaître cette histoire de pomme, parce que, si l'on connaît le destin de la pomme dans le tube digestif, qui sait si le jeu amoureux et sexuel de Jack et Jill devant se préciser, il ne va pas se créer quelques perturbations des sécrétions spécialisées ? On n'attrape pas un ulcère pour si peu, mais si le jeu se prolonge et que l'ambiguïté du signifiant « pomme » n'est pas levée…

La pomme donc, c'est tout autre chose que l'objet pomme. Pomme d'amour comme nous l'avons suggéré, elle peut être aussi pomme de discorde ; pomme de reinette et pomme d'api, dans les comptines. La pomme désigne aussi le visage, la trogne d'un individu, ce qui n'est pas la même chose qu'un trognon (qui n'est pas forcément de pomme). Dans tout cela, même si on n'est pas un imbécile « pommé » on peut s'y paumer. Et cela d'autant mieux que la pomme peut fort bien être… une grappe de raisin, comme le fait telle représentation bourguignonne de la tentation d'Adam (dont la pomme est bien connue).

Nous ne pouvons commencer à parler sérieusement des choses qu'à partir du moment où nous prenons en considération qu'elles sont d'abord des *leurres*. La science se méfie des leurres, ne voyant en eux que des avatars de ces appeaux de chasse qu'on propose au gibier qu'on veut attirer. Le scientifique ne veut pas se laisser prendre sottement comme le canard. Dans les sciences dites humaines, c'est lui qui tend ces appeaux sous la forme de questionnaires qui sont comme ces

labyrinthes où l'homme est d'avance fait comme un rat. C'est-à-dire qu'il cherche à le coincer là où, par surprise ou par soumission, l'autre ne sera pas en état de déjouer les leurres qui lui auront été tendus. Par là, ces sciences dites humaines seraient mieux dites inhumaines puisqu'elles ne s'intéressent à l'homme que dans ce qui ne le spécifie pas comme tel. Elles n'en glanent pas moins quelques « informations » mais qui ne peuvent servir qu'à resserrer l'univers concentrationnaire où tout sera organisé pour qu'aucune surprise ne vienne déranger l'ordre. Au fait, n'est-ce pas à la suite d'enquêtes auprès des ménagères que s'est trouvée sélectionnée la pomme la plus adaptée à ses besoins, la mieux calibrée, la moins problématique, la pomme dite « golden » irrémédiablement et uniformément fade ?

La psychanalyse n'est pas une science en ceci qu'elle ne vise pas à éviter l'erreur et la tromperie, mais plutôt à la constituer comme objet. Par là, le psychanalyste s'expose à l'accusation d'imposture comme on accuse d'imposture tous ceux qui s'occupent de ce qui est réputé futile. Pourtant l'objet pomme n'est pas futile, bien qu'il soit remplaçable par d'autres objets (fruits par exemple), parce qu'il est *à une certaine place*. Lacan ne le désigne pas comme « objet x » mais comme « objet a ». Il est pris là le temps d'une rencontre, d'une esquive entre deux sujets qui peuvent l'inclure chacun dans son fantasme. Sa matérialité importe moins que sa fonction signifiante, et la possiblité qu'elle fournit au Sujet de le constituer dans son discours. C'est donc au Sujet en tant qu'il est auteur, sujet de son discours que s'intéresse l'analyse, ce qui le renvoie à son fantasme et à ce qu'il en montre : Ce qui est tout autre chose que de chercher à voir comment il se débrouille dans le discours qu'on lui imposerait. Le savoir que le psychanalyste peut acquérir à l'écoute du discours dont son patient est l'auteur, ne le conduit pas à des énoncés sur son désir, dont nous avons vu qu'il reste

problématique et finalement inconnu, mais à des formulations sur les rapports entre son discours et ce qui constitue son fantasme, c'est-à-dire son rapport à « l'objet ». Que l'objet soit nécessairement présent comme soutien du fantasme s'articule ainsi avec le fait que c'est de sa disparition (au moins comme objet spécularisable), de sa possible substitution par tout autre objet qu'il prend consistance comme objet du désir.

Finalement, si la science vise à fonder la réalité de l'objet, la psychanalyse tend à montrer son peu de réalité en tant que soutien du désir. Par là, elle restitue au Sujet une place qu'au contraire la Science tend à évacuer en constituant un discours où le Sujet (de l'énonciation) n'a aucune place, puisque la vérité énoncée par elle doit être indépendante de celui qui l'énonce.

Quand nous évoquions plus haut la question du « démon de Maxwell » pour nous demander ce qui permettait au savant de remonter l'entropie du savoir, c'était pour nous interroger sur ce qui était nécessairement perdu par lui au cours de cette opération. Au moins pouvons-nous dire que c'est du côté du fantasme que s'effectue cette perte. Le savoir scientifique acquis sur les astres exclut le regard romantique sur les étoiles. Quand on regarde dans la lunette, ce peut être pour rêver, mais on n'établit une science qu'au moment où on cesse de rêver. Il faut un Kepler pour expliquer ce qu'il doit lui-même au rêve[8], pour l'analyser selon une méthode que ne renierait pas Freud, pour reconnaître sa dette envers l'astrologie et aussi le savoir de sa mère qui était sorcière. Mais aussi, il nous explique que ce qui l'intéresse, c'est moins l'objet à découvrir que le chemin par lequel on y accède, de même que l'explorateur, le navigateur est moins utile en parlant du lieu où il est arrivé qu'en relatant les tâtonnements qui lui ont permis d'y accéder. Le discours universitaire est passé par là-dessus. Il a retenu de Kepler les lois, l'astronomie, l'optique, etc. Il a oublié le « Songe ». Mais

Kepler, qui pourtant n'ignorait rien de sa dette envers Tycho Brahé, n'avait-il pas dit que « l'Université est gardienne de l'ignorance » ?

Pas plus qu'il n'y a lieu de faire le procès de la médecine, il ne faut faire celui de la science. Mais on ne peut négliger *d'instruire le procès* de la découverte scientifique. Freud a constitué un mythe de la constitution de toute loi régissant les rapports humains. C'est celui du meurtre du Père de la horde primitive… et de son oubli. Il n'en va pas autrement pour la science et ses lois. Mythe du meurtre du médecin par le biologiste J. Monod. Ou mythe du médecin tirant son savoir du cadavre de son malade. Ou encore mythe de Jack et Jill et de la pomme, où les protagonistes sont réduits à l'état de pantins.

Pour être mythiques, ces meurtres n'en sont pas moins les constituants de la grandeur glacée de la science. On sait que celle-ci les fait resurgir dans le réel sous les formes anonymes et monstrueuses que rendent possibles les instruments qu'elle a forgés. Il nous appartient de faire apparaître que la médecine, ce lieu privilégié de la bonne conscience du savant, a gardé aussi l'âcre saveur du fruit de l'Arbre de la connaissance du Bien et du Mal, puisque c'est là notre mythe fondamental.

NOTES

1

J. Monod, *Le Hasard et la Nécessité,* Le Seuil, 1970, p. 11.

2

Canguilhem, *Le Normal et le Pathologique, op. cit.*

3

J. Monod, *Le Hasard et la Nécessité, op. cit.,* p. 128.

4

Ibid. p. 11.

5

Ibid. p. 192.

6

Ibid., p. 72.

7

J. Lyons, *Chomsky,* Seghers, 1971, p. 44-46.

8

Séminaire sur le Songe de Kepler, J. Clavreul, F. Gil, C. Morali, 1974-1975.

3

Les origines de la médecine. Mythologies du positivisme

Évoquer les origines, c'est toujours constituer un mythe, et ce mythe vient étayer l'idéologie. Le recueil des faits, leur présentation est un choix qui est au service de ce qu'on cherche à constituer.

Bariéty introduit l'histoire de la médecine en faisant remonter à la nuit des temps ce qu'il appelle « l'instinct de soigner ».

« Le souci inné de soulager et de guérir, autrement dit de soigner, traduit un des aspects de l'instinct de conservation : celui de la préservation fonctionnelle : il est aussi vieux que la maladie… Tous les êtres vivants obéissent à une impulsion naturelle qui les pousse à tenter de soulager leur mal et celui de leurs semblables… Instinctive dans le règne animal, la médecine originelle devient naturellement intuitive dans la race humaine… Elle est demeurée intuitive pendant des millénaires ; la plupart des découvertes médicales ont été, du moins en partie, le fruit d'une connaissance immédiate et non raisonnée de la vérité. Elle l'est encore et le sera vraisemblablement toujours : l'intuition n'est-elle pas une des qualités premières du médecin, celle qui distingue le bon du mauvais praticien, celle qui inspire

son art singulier et que nulle science ne peut entièrement remplacer[1] ? »

Voici une théorie qui a le mérite d'être extrême. Au « désir de savoir » attribué au savant, s'ajoute pour le médecin un « désir de guérir » et une « intuition », toutes qualités innées, existant sans doute chez tout homme et même chez tout animal, et qui suffisent à expliquer les « dons » du « bon médecin » pour le diagnostic et la thérapeutique.

Théorie élitiste qui ne manquerait pas de paraître singulièrement obscurantiste si on n'indiquait que l'obscur est le fait des temps anciens, et que les temps modernes apportent peu à peu les lumières de la raison. Tout ceci s'accorde bien avec l'idée d'une science en continuel progrès et constituante du mythe du savant, héros moderne, doublé de sainteté puisqu'il apporte la lumière et le bien à l'humanité.

Il est à peine besoin de souligner que ce mythe ne résiste en aucune façon à l'examen des faits. C'est seulement en fonction d'une illusion rétroactive que nous regardons, que nous isolons certaines pratiques, en leur attribuant une fonction thérapeutique. Rien ne nous permet d'isoler un « instinct de guérir » qui serait naturel. Au contraire, on peut observer que nombre d'hommes et d'animaux se laissent mourir, et même se suicident activement, parfois collectivement. Dans les collectivités animales, il est clair que la mise à mort de l'individu malade constitue une réponse donnée à la maladie tout autant que les tentatives de sauvetage. Chez les hommes, l'histoire nous montre que la mise à l'écart des malades dans les hospices, les léproseries, les sanatoriums sont les réponses les plus constantes à la maladie, beaucoup plus que des efforts pour venir en aide aux malades. On a sanctifié ceux qui ne croyaient pas qu'on pouvait se contenter d'enfermer les malades pour s'en débarrasser : le lépreux, le pestiféré, ce sont des hommes dont

il faut s'écarter, comme aussi était méprisé le malade, le *thaelquani,* mangeur de fiente, en Amérique précolombienne. Même les réponses individuelles de l'organisme sont loin d'être les plus favorables à la conservation de l'individu, la médecine contemporaine l'a démontré largement. La position antalgique prise par le blessé et le malade est loin d'être la plus favorable à la guérison, et si on peut s'extasier sur le chien léchant sa patte blessée ou le chat trouvant les herbes qui le purgent, comment ne pas évoquer aussi les animaux qui mangent les herbes qui les tuent, les fourmis qui s'intoxiquent avec les sécrétions des pucerons qu'elles élèvent ?

Il est entièrement artificiel d'isoler, à la lumière de notre idéologie médicale contemporaine, certaines pratiques en les considérant comme des signes avant-coureurs d'une pratique médicale en train de s'instaurer, et de repérer d'autres pratiques comme le fruit de superstitions vouées à disparaître à mesure des progrès de l'humanité. Le regard condescendant que nous accordons à des pratiques anciennes, que le hasard nous fait connaître, aux remèdes de bonne femme, aux médecines exotiques, est celui que nous permet une certaine idée de la médecine et de la guérison, inséparables d'un certain humanisme et que nous n'avons aucune raison d'attribuer à l'humanité dans son ensemble, pas plus qu'aux animaux.

S'il fallait parler d'un « instinct de guérir », il serait plus soutenable de considérer que la nature a conservé les solutions les plus favorables à la conservation de l'espèce, et non les plus favorables à la conservation de l'individu. Or, il est certain que l'espèce a tout intérêt à ne conserver que les individus les plus vigoureux, les plus aptes à se défendre, et non pas les malades, les infirmes, qu'elle doit au contraire éliminer. Ce n'est d'ailleurs pas là un des moindres problèmes que pose la médecine contemporaine qui s'interroge non seulement sur le poids

financier que font peser sur la communauté humaine les soins donnés aux malades, mais aussi sur l'hypothèque qu'elle fait peser sur le patrimoine génétique commun en assurant la survie et la reproduction des individus porteurs de tares génétiques. Il est donc indispensable de considérer que la médecine moderne, loin de s'inscrire dans la ligne d'une tendance « naturelle », se pose au contraire comme rupture par rapport à cette tendance, en privilégiant le destin de l'individu contre celui de l'espèce. Il suffit de voir comment les idéologies racistes, quand elles sont au pouvoir, s'empressent de renverser cette tendance en instituant l'élimination des individus non conformes à l'idéal de la race. Mais il serait vain de rejeter ces solutions extrêmes comme étant le fait de systèmes politiques monstrueux. Tout ce qui a affaire à une médecine effectivement active ne peut éviter de poser les problèmes de l'euthanasie, de l'avortement et de la contraception.

Le désir de guérir n'est, en aucune façon, une évidence naturelle, je ne peux que souscrire à ce qu'en dit Israël[2] : « Il n'est pas certain que ce désir n'ait subi d'importantes variations au cours des siècles. » Au moins ne pouvons-nous en parler sans le mettre en parallèle avec les innombrables circonstances où force est de constater à quel point les sociétés se montrent impitoyables avec les malades, au moins quand elles ne peuvent prétendre les récupérer.

Les médecins du nazisme ont surabondamment prouvé que le corps médical n'offre aucune résistance à une idéologie raciste, et il n'est pratiquement pas d'exemple où les médecins n'aient donné la préférence des privilèges de leurs soins à leurs compatriotes, ou leurs frères de race.

Une histoire de la médecine, fondée sur la naturalité du désir de guérir, est donc entièrement articulée en fonction de l'idéologie affichée par la médecine contemporaine. Elle est une

application de l'idéologie en cours dans la société mais ne la transcende pas.

Plus intéressantes sont les tentatives pour marquer les véritables débuts de la médecine en fonction de l'idée qu'un médecin contemporain peut se faire de l'évolution de la science. Ainsi Jean Bernard[3] commence-t-il son livre en admirant que la médecine ait fait beaucoup plus de progrès au cours des trente dernières années qu'au cours des trois millénaires qui les précèdent. Avec lui, nous dirons que la médecine actuelle ne peut se penser que « tissulaire », « cellulaire », et même « moléculaire ». Ce qui rejette dans une véritable préhistoire de la médecine les tâtonnements antérieurs, si admirables soient-ils. La médecine fondée sur l'anatomie pathologique apparaît comme une approche grossière, macroscopique, démembrée à chaque moment par les études plus fines qui révèlent ou révéleront les processus véritables, intracellulaires, moléculaires qui, seuls, peuvent expliquer la mort et la maladie. Ainsi, la médecine peut-elle considérer qu'elle naît véritablement au moment où la finesse de ses découvertes se traduit par un fait nouveau, qui crée son efficacité.

Avant cette fixation d'une date de naissance de la médecine scientifique au demi-siècle précédent, c'est dans la référence à l'anatomie pathologique que la médecine voyait ce qu'il y avait de plus inattaquable, de plus scientifiquement démontrable de sa pratique. La preuve, la « vérification », c'était l'autopsie : le cadavre avouait ce que les signes cliniques avaient permis de prévoir. M. Foucault[4] a longuement insisté sur ce retournement opéré par les médecins, qui ont ainsi fait de leur échec à guérir le lieu du constat à partir duquel la médecine a pu se constituer comme science, établissant ainsi le vocabulaire, le trésor des signifiants qui ont constitué et qui constituent encore pour l'essentiel les bases du vocabulaire médical. Il faudrait

mettre entre guillemets cette notion d'échec constituée par la mort du malade que Al. Foucault semble admettre sans critique, car elle suppose elle aussi que la guérison appartient à la vocation naturelle de la médecine, alors qu'à mon sens, la mort n'a jamais été un échec pour la médecine, si elle se fait dans l'ordre c'est-à-dire si elle est repérable dans le savoir médical. L'anatomie pathologique a surtout été une grande mise en ordre dans la maladie et dans la mort. Et elle reste aujourd'hui ce par quoi le médecin peut se représenter le plus facilement la maladie dont est atteint son patient. Néanmoins, comme nous l'avons déjà vu, l'interprétation de la maladie en fonction du système de référence anatomo-pathologique paraît un peu courte aux médecins contemporains. Et quand M. Foucault écrit : « La médecine moderne a fixé elle-même sa naissance vers les dernières années du XVIIIe siècle », cette assertion date un peu. Elle a surtout le défaut de rejeter dans les limbes de la préhistoire une clinique médicale qui lui est bien antérieure.

Avant l'époque contemporaine, c'est du rejet du dogme de l'autorité que la médecine se prévalait. Ainsi, Malgaigne[5] écrivait : « A peine le XVIIe siècle venait-il de naître, que la philosophie nouvelle, se dressant en face du monde antique, fit entendre son premier cri de révolte et d'indépendance. » En 1605, Bacon publie son livre sur l' « avancement des sciences ». Là, non seulement le dogme de l'autorité était renversé et foulé aux pieds mais, plus jaloux de frapper fort que de frapper juste, Bacon enveloppait tout ce qu'on avait fait avant lui dans une réprobation générale. A l'entendre, Platon et Aristote, Hippocrate et Galien n'avaient produit et pu produire que des erreurs : « L'Antiquité des temps, s'écriait-il, est la jeunesse du monde et, puisque le monde a vieilli, c'est nous qui sommes les Anciens. » Aussi insiste-t-il particulièrement sur ce point qu'il fallait faire table rase et procéder à une complète restauration des

sciences en les faisant reposer sur une base unique, l’expérience. Un médecin contemporain ne désavouerait pas ces fières paroles et accepterait sans doute de faire remonter la scientificité de la médecine à Bacon, comme le voulait Malgaigne.

Mais nous n’en finirions pas de remonter le temps. Paracelse brûlait les œuvres de Galien et d’Avicenne. Hippocrate lui-même, d’après Pline, détruisit les archives de l’Asclépios de Cos… pour s’attribuer la paternité des précieux renseignements qui y étaient consignés, précise-t-il sans bienveillance. Hippocrate aussi a toujours parlé de la médecine de ses prédécesseurs comme étant la « médecine ancienne », s’installant lui-même dans le classicisme et non dans un modernisme toujours suspect de n’être qu’une mode.

Les historiens de la médecine, comme les historiens des sciences, construisent l’histoire en fonction de leur idéologie. La date de naissance peut ainsi être fixée aux dernières années, à quelques siècles, voire aux origines du monde selon ce qu’on a à démontrer. Il n’y a pas lieu de s’en étonner. Il s’agit seulement de constituer un mythe des origines conforme à l’idéologie du moment, inscriptible dans les paradigmes que peut comprendre la communauté scientifique. Le reste c’est-à-dire l’existence de découvertes qu’il faut bien reconnaître, est attribué à la « chance » ou au « génie » d’un précurseur. C’est dire qu’on ne s’y intéresse pas. De même, les principes qui fondent les médecines exotiques n’intéressent personne. Sans doute d’ailleurs, bien peu de savants seraient en mesure de comprendre une méthodologie qui n’est en aucune façon séparable de toute une culture différente de la leur. Aussi n’en retient-on au mieux que quelques recettes, même s’il est avéré dans certains cas que l’efficacité de toute une médecine était supérieure à la nôtre. Au Moyen Age, les succès d’un médecin africain, formé à Dakar, auprès de la population de Toulouse lui ont attiré la haine de

ses confrères, qui s'en sont débarrassés en l'empoisonnant. La médecine précolombienne que les navigateurs estimaient supérieure à la médecine européenne n'a laissé aucune empreinte sensible dans notre savoir[6].

Actuellement encore, on ne prête qu'une attention distraite à l'acupuncture chinoise, comme aussi aux méthodes de réinsertion sociale des aliénés en Afrique noire. De toute façon, n'entre pas dans l'histoire de la médecine ce qui n'est pas interprétable dans les concepts en vigueur dans la communauté médicale. Si Bariéty a utilisé un concept aussi vague et aussi indéfendable que celui du désir de guérir, c'est pour pouvoir écrire une histoire générale qui est avant tout une nomenclature.

En pratique, les médecins ne s'intéressent guère à la façon dont on écrit l'histoire, et sont persuadés que celle-ci est d'autant plus « objective » qu'elle se borne à collationner les faits. C'est là une entreprise qui est en fait an-historique et évolutionniste. La philosophie positiviste qui est celle à laquelle se rattache la médecine contemporaine en est la cause. Ne voulant reconnaître pour siens que les faits (au-delà des théories toujours suspectes), elle constitue l'histoire de la médecine comme celle des essais-erreurs à la suite de quoi ne sont retenues que les réussites patentes. Aussi l'histoire, dans ces conditions, n'a-t-elle qu'un intérêt anecdotique et folklorique. Le génie ou la chance, le désir de savoir ou de guérir suffisent à tout expliquer. On constitue une galerie des ancêtres : « Grands médecins… presque tous » comme dit Mondor. Et on jette de temps à autre sur eux un regard teinté d'admiration et d'ironie. Ils ont le visage noble, mais sont un peu ridicules avec leurs accoutrements et leurs perruques. Ne peut-on se dire en les regardant qu'ils sont sans doute géniaux, mais qu'ils en savaient bien moins long que le plus ignare de ceux qui les contemplent ?

Pourtant une histoire de la médecine ne peut s'écrire sérieusement dans cette dimension évolutionniste. Comment expliquer dans cette perspective que pendant des siècles, des millénaires, aucun progrès sensible ne soit enregistré, alors que d'autres époques ont été extrêmement fécondes ? Canguilhem[7], entre autres, a montré que le hasard ou le génie ne sont jamais à invoquer pour expliquer les découvertes. Celles-ci se font, et parfois en plusieurs endroits, simultanément, parce que sont réunies des conditions liées à l'évolution économique, sociale, industrielle et aussi à l'évolution de la pensée, aux acquisitions des autres sciences. Même globalement, le progrès considérable de la médecine au XIXe siècle est avant tout lié au regroupement d'un grand nombre de malades dans des hôpitaux à la suite des édits de la Révolution française. Il faudrait parler aussi des luttes que la médecine officielle n'a cessé de mener contre les médecines parallèles, par exemple celle des sorcières. Bref, il faudrait réinsérer l'histoire de la médecine dans l'histoire tout court, si on voulait comprendre quoi que ce soit à ce qui s'est passé et, par conséquent, à ce qui se passe aujourd'hui. La médecine, répétons-le, n'a de comptes à rendre qu'à elle-même et en fonction de son idéologie actuelle.

En faisant remonter à l'Antiquité grecque les origines de la médecine, il est évident que je m'expose à être accusé d'avoir opté pour un choix tout aussi arbitraire que n'importe quel autre. Qu'Hippocrate ait été souvent désigné comme le « Père de la médecine » ne suffit pas à nous obliger à une attitude révérencieuse à son égard. Nous n'avons pas à parler de lui autrement que dans les termes utilisés par M. Foucault pour parler de l'auteur[8] : « Il s'agit de l'auteur. L'auteur, pas entendu bien sûr comme l'individu parlant qui a prononcé ou écrit un texte, mais l'auteur comme principe de groupement du discours, comme unité et origine de leurs significations, comme

foyer de leur cohérence. » Il est hors de doute que nombre d'écrits et de faits attribués à Hippocrate sont apocryphes. Peu nous importe. S'ils lui sont attribués, c'est parce qu'on ne prête qu'aux riches, c'est parce que l'ensemble de l'œuvre d'Hippocrate est le fruit d'une époque beaucoup plus que d'un homme isolé.

L'œuvre d'Hippocrate est parallèle et donc comparable à ce que furent d'autre part celle des philosophes, des logiciens, des mathématiciens, des hommes politiques, tout autant que des sculpteurs, des architectes, des artisans. On a admis chez Hippocrate, outre la qualité de ses « observations » cliniques, la fondation d'une éthique qui reste à peu près intacte de nos jours, et aussi sa lutte contre l'obscurantisme lié à la religion et aux superstitions. Ne nous laissons pas abuser. A cette époque, les Dieux avaient cessé d'habiter dans les hommes et parmi les hommes. Réfugiés dans l'Olympe, ils ne faisaient plus que de courtes et rares apparitions, et encore, le plus souvent sous le couvert d'un déguisement. Il est probable que, dans ces conditions, les temples d'Asclépios avaient à souffrir de l'athéisme en progression et de la désaffection des temples. Le descendant du mythique Esculape avait donc le plus grand intérêt à trouver des fondements plus solides à son pouvoir sur les maladies, ce qu'on ne lui concédait jusqu'alors que du fait de sa condition de prêtre et de son illustre ascendance.

Hippocrate était donc porté par tout un mouvement dont il ne fut que le plus illustre représentant dans ce domaine particulier qu'est la médecine. La démocratie athénienne qui s'installait impliquait une égalité (d'ailleurs relative) entre les hommes. Chaque homme étant égal aux autres, en droit sinon en fait, il l'était aussi devant la maladie. Notion égalitaire qui ne va nullement de soi, puisque comme nous le verrons les médecins se sont souvent évertués à démontrer que la maladie

frappe inégalement les hommes, en fonction des époques et des catégories sociales. Au contraire, à l'époque d'Hippocrate, la notion d'égalité impliquait que les symptômes soient les mêmes, quel que soit l'homme atteint, ou bien, si tel n'était pas le cas, il fallait en donner des raisons recevables.

D'autre part, la prévalence des intérêts de l'individu, éventuellement contre ceux de la cité, modifiait la pratique médicale. La médecine, jusqu'alors, était une affaire collective (comme elle l'est dans beaucoup de pays non occidentaux). La maladie intéressait la collectivité, et c'était l'État qui se chargeait de la santé des citoyens, ceux-ci ayant à payer un impôt spécial, le *iatron,* avec lequel les médecins étaient rémunérés (d'ailleurs fort mal). Peu à peu, une médecine individuelle apparaît, dont bénéficièrent surtout les riches bien sûr ; néanmoins, dans les Asclépiades affluaient aussi des malades très nombreux, porteurs individuellement d'une demande de soins. Les Asclépiades étaient devenus des hôpitaux autant que des temples et une médecine individuelle, une pratique de type libéral s'instauraient, au temple et au-dehors.

Les conditions matérielles étaient liées au développement de l'humanisme, qui allait prendre, en médecine, une forme particulièrement saisissante, en établissant une trilogie : « Il y a trois choses à considérer : le médecin, la maladie et l'homme[9]. » C'est à juste titre que J.-P. Valabrega remarque que M. Balint établit une telle trilogie : *The Doctor, his Patient, and the Illness,* qu'il traduit pourtant assez improprement : « Le médecin, son malade et la maladie ». L'existence d'un élément tiers, « la maladie », permet en effet de sortir des sempiternelles considérations sur la relation médecin-malade. En effet, grâce à cette séparation, la médecine a pu isoler ce qui constitue *son objet : c'est-à-dire la maladie,* et en faire l'étude en la considérant comme semblable chez tous les hommes, à

quelques variantes près qui tiennent autant à la maladie elle-même qu'à l'homme sur lequel elle évolue. Il est hors de doute que seule cette distinction a permis à la médecine occidentale de se développer. La formule hippocratique est demeurée intacte à travers les millénaires.

Mais Hippocrate en dit beaucoup plus que Balint en parlant de l' « homme » et non pas du « patient » ou du « malade ». Car l'homme est ainsi constitué comme tout différent du malade, lequel est désigné comme toujours suspect aux yeux du médecin. On peut toujours craindre de lui qu'il mente, au moins qu'il ne dise pas tout ; il ne prendra pas forcément les prescriptions du médecin qui sont souvent désagréables, il risque de prendre des décisions contraires à l'intérêt de sa santé ; il peut même n'être pas reconnaissant envers son médecin qui vient de lui sauver la vie, ne pas payer les honoraires, il peut manquer de confiance et croire des charlatans ou de mauvais médecins. Bref, il n'a pas cette qualité à quoi se reconnaît l'homme, sa liberté, cette liberté qui lui fait choisir la raison, c'est-à-dire la soumission à l'ordre médical, instauré par Hippocrate.

Le malade, dans l'ordre médical, se définit par la somme de deux éléments : l'homme plus la maladie. Ou plutôt, l'homme se définit comme constitué par le malade auquel la maladie aurait été retranchée : homme = malade — maladie. En guérissant les malades, en les séparant de la maladie, le médecin procède donc comme le sculpteur qui dégage de la pierre informe l'image de l'Homme, l'homme idéal. Il procède aussi comme le philosophe qui enseigne à écarter les superstitions et les raisonnements fallacieux pour dégager les voies de la juste raison. Tous contribuent à démontrer que l'homme est naturellement « sain » de corps et d'esprit, et que sa liberté se manifeste par son adhésion aux idées et aux idéaux de la

civilisation. Le médecin, selon Hippocrate, est donc un des artisans qui contribuent à constituer un humanisme que d'autres forgent dans les lois, la philosophie, l'art, etc. Le déclin de l'humanisme au Moyen Age entraînera un abandon, voire une régression de la médecine. La Renaissance sera un retour aux valeurs de l'humanisme et s'accompagnera du développement des sciences et notamment de la médecine. Aujourd'hui encore, il ne fait de doute pour aucun médecin que c'est aux valeurs de l'humanisme qu'il se réfère. Et si quelques contestations de la médecine se font jour ici et là, depuis quelques années, c'est parce que les valeurs de l'humanisme se trouvent remises en question.

En développant son discours qui porte sur les maladies, la médecine contribue donc à constituer le statut de l'homme « normal ». En identifiant un nombre de plus en plus grand de maladies, en les caractérisant dans leur symptomatologie, en les combattant, la médecine a acquis droit de cité parmi les disciplines contribuant à la constitution de notre civilisation. Elle est même devenue le modèle où les idéaux qu'elle préconise se trouvent représentés.

Pour l'essentiel, c'est la constitution de la médecine comme discours qui la fonde, et la fonde comme scientifique. Discours tout à fait lié et articulé au discours dominant. Car sous le couvert de l'objectivité des résultats consignés, et des effets du savoir acquis, la visée de l'auteur du discours médical (c'est-à-dire de chaque médecin) reste toujours qu'il existe sur l'homme un discours que chaque individu en particulier ne peut pas connaître, mais qui a néanmoins le pouvoir de transformer l'humanité en écartant d'elle ces faits contingents, inessentiels à l'homme que sont les maladies. Ce discours constitue un ordre des choses par rapport auquel chacun aura à se situer, pour l'accepter ou pour le refuser.

Il y aurait lieu de dire plus sur l'ordre hippocratique. Car il constitue un « ordre juridique » au sens où en parle Kelsen[10]. Le droit, nous dit Kelsen, ne parle pas de l'Etre *(Sein)* mais seulement du devoir-être *(Sollen)* et les moyens du droit (les sanctions) sont destinées à faire accéder chacun au *Sollen*. L'homme, tel qu'il est défini par l'humanisme et par la médecine, est de l'ordre du *Sollen*. C'est l'homme en bonne santé, celui auquel l'homme pourra accéder s'il suit les prescriptions de la raison et de l'ordre médical. Le *Sein*, l'homme malade, n'intéresse pas la médecine, et c'est en ce sens que nous pouvons dire qu'il n'y a pas de relation médecin-malade. Le médecin ne s'adresse pas au malade, mais au futur homme sain, et s'il reste trop peu de santé en lui, il prendra les décisions à sa place, fera pression sur la famille, éventuellement le fera interner.

La médecine, grâce à Hippocrate, est sortie des recettes plus ou moins satisfaisantes réclamées parfois par les malades. Elle établit la santé comme un *devoir* qui s'impose à tout citoyen. Le malade n'est là que comme informateur sur l'état d'un corps défaillant. Il est présumé coopérant avec le médecin dans la mesure où il peut s'identifier aux idéaux proposés par la médecine. Mais il l'est au même titre que l'accusé est par définition présumé innocent. On ne négligera pas, le cas échéant, de lui imposer les vues de l'ordre médical, comme on impose au délinquant la soumission aux lois du pays. La liberté s'y trouve définie comme l'acceptation de l'ordre. Il est certain que ce discours, particulièrement convaincant et puissant quand il s'agit de la médecine, ne saurait être remis en cause si ce n'était la notion même de liberté qui se trouvait aujourd'hui en question.

Le discours médical n'est pas un discours sur l'homme, mais sur la maladie. Il n'en implique pas moins une certaine idée implicite sur l'homme, sur sa liberté, sur son Être. Nous pouvons donc faire remonter à Hippocrate les origines de ce discours,

non seulement en raison de la très grande cohérence interne de son œuvre, mais surtout du fait qu'elle est en complète harmonie avec les idéaux de l'époque où elle est née, idéaux sans lesquels le discours médical ne saurait se développer. Le reste, c'est-à-dire les théories par lesquelles la médecine affirme sa scientificité, sont elles-mêmes en concordance avec les idées que la science s'est successivement faites d'elle-même. Ces théories sont contingentes, parce que liées à la contingence d'une époque. La permanence n'est pas celle des faits, mais celle du discours médical qui les constitue comme tels.

NOTES

1
Bariéty et Coury, *Histoire de la médecine,* Fayard, 1963, Paris, p. 25.
2
L. Israël, *Le Médecin face au malade,* Bruxelles, C. Dessart (1968).
3
J. Bernard, *Grandeur et Tentations de la médecine,* Paris, Buchet-Chastel, 1973.
4
M. Foucault, *Naissance de la clinique,* Paris, PUF, coll. « Galien », 1963.
5
Malgaigne, *Essai sur l'Histoire de la philosophie et de la chirurgie,* Mémoire de l'Académie royale, 1847, tome XIII, p. 20-32.
6

R. Dacosta, *Histoire de la médecine précolombienne,* Paris, 1969.

7

Canguilhem, *Le Normal et le Pathologique,* Paris, PUF, 1966.

8

M. Foucault, *L'Ordre du discours,* Paris, Gallimard, 1971, p. 28.

9

Hippocrate, *Des épidémies,* t. I, Paris, Javal et Bourdeaux, 1932.

10

Kelsen, *Théorie pure du droit,* Paris, Dalloz, 1962.

4

La médecine est un discours. Pouvoir et impuissance du discours

Hippocrate a consacré une longue étude à l'impuissance chez les Scythes[1]. Elle mérite d'être ici reproduite, car elle est exemplaire de ce qu'est le discours médical :

« ... on trouve parmi les Scythes beaucoup d'hommes impuissants ; ils se condamnent aux travaux des femmes, et parlent comme elles. On les nomme *efféminés*. Les indigènes attribuent la cause de cette impuissance à la divinité, ils vénèrent cette espèce d'hommes et les adorent, chacun craignant pour soi une pareille affliction. Pour moi, je pense que cette maladie vient de la divinité comme toutes les maladies, qu'aucune n'est plus divine ou plus humaine que l'autre, mais que toutes sont semblables et toutes sont divines. Chaque maladie a, comme celle-là, une cause naturelle et, sans cause naturelle, aucune ne se produit. Voici, selon moi, comment vient cette impuissance ; elle est le fait de l'équitation perpétuelle des Scythes qui leur donne des engorgements aux articulations, attendu qu'ils ont toujours les pieds pendants le long du cheval et qui va même jusqu'à occasionner la claudication et la distension de la hanche chez ceux qui sont gravement atteints. Ils se traitent de leur impuissance ainsi qu'il suit : au début du mal, ils ouvrent la veine

placée derrière l'une et l'autre oreille. Quand le sang coule, la faiblesse excite le sommeil, et ils s'endorment ; puis ils s'éveillent, les uns guéris, les autres non. Mais ce traitement même me semble altérer la liqueur séminale ; car il y a, derrière les oreilles, des veines qui, coupées, privent ceux qui ont subi cette opération de la faculté d'engendrer ; or, ce sont ces veines-là qu'ils me paraissent couper. Cela fait, lorsqu'ils vont auprès d'une femme et qu'ils ne peuvent avoir commerce avec elle, d'abord ils s'en inquiètent peu, et se tiennent en repos. Mais si deux, trois tentatives ou un plus grand nombre ne leur réussissent pas mieux, ils s'imaginent avoir commis quelque offense à l'égard du Dieu à qui ils attribuent leur affliction, et prennent les habits de femme. Ils déclarent leur impuissance ; dès lors, ils vivent comme les femmes et se livrent aux mêmes occupations. Cette maladie affecte, parmi les Scythes, non les hommes du dernier rang, mais les riches, ceux qui sont les plus puissants par leur noblesse et leur fortune ; l'équitation en est cause, et si les pauvres y sont moins sujets, c'est qu'ils ne vont pas à cheval. Et cependant, si cette maladie est plus divine que les autres, il fallait qu'elle ne fût pas exclusive aux plus nobles et aux plus riches des Scythes, mais qu'elle les attaquât tous également, et même de préférence ceux qui possèdent le moins et qui n'offrent point de sacrifices, s'il est vrai que les Dieux se plaisent aux hommages des hommes et les en récompensent par des faveurs. Car les riches peuvent immoler de nombreuses victimes, présenter des offrandes, et user de leur fortune pour honorer les Dieux, tandis que les pauvres sont empêchés, par leur indigence, de les honorer également, et les accusent de cette indigence même. Ainsi la peine de telles offenses devrait plutôt frapper les pauvres que les riches. Mais, ainsi que je l'ai dit plus haut, tout cela est divin comme le reste ; chaque chose est produite conformément aux lois naturelles, et la maladie

dont je parle naît, chez les Scythes, de la cause que j'ai indiquée. Au reste, il en est de même chez les autres hommes ; là où l'équitation est un exercice journalier, beaucoup sont affectés d'engorgement des articulations, de sciatique, de goutte et deviennent inhabiles à la génération. Ces maux affligent les Scythes et en font les hommes les plus impuissants ; ajoutez aux causes d'impuissance qu'ils ont constamment des culottes, qu'ils sont presque toujours à cheval, sans pouvoir même porter les mains aux parties naturelles, que, par le froid et la fatigue, ils sont distraits du désir de l'union des sexes, et qu'au moment où ils font des tentatives, ils ont déjà perdu leur puissance virile. Voilà ce que j'avais à dire sur la nation des Scythes. »

On pourrait choisir d'autres exemples aussi caractéristiques de l'œuvre d'Hippocrate. En particulier, son étude sur l'épilepsie[2] est bien connue. Hippocrate y montre que l'épilepsie n'est en aucune façon le « mal sacré » et n'a aucune origine divine. Ses causes sont naturelles et doivent être attribuées à un mauvais fonctionnement de la glande pituitaire (l'hypophyse).

L'œuvre d'Hippocrate a suscité des commentaires divers, qui ne sont pas tous favorables. L'un d'entre eux peut retenir notre attention, car il ne s'agit pas moins que de celui du plus célèbre traducteur d'Hippocrate. Littré écrit : « Rien n'est plus curieux, à titre d'instruction négative, que de voir comment on peut si complètement se payer de mots et d'explications qui n'expliquent rien. » Mais Littré est un transfuge de la médecine, un « défroqué », dirait G. Duhamel.

Plus intéressant est le commentaire aussi bref que péremptoire fait par Bariéty[3] sur le texte traitant de l'impuissance des Scythes : « La logique du raisonnement est parfaite. » Car Bariéty, dont on ne saurait nier qu'il est un grand médecin, dans la plus pure tradition, ne parle évidemment pas à la légère. Sans doute son opinion est-elle marquée de ce que, au sujet de

l'impuissance, on ne peut pas dire que la médecine ait fait de grands progrès depuis Hippocrate. Sauf cas assez rares où l'impuissance est un symptôme faisant partie du tableau clinique d'une maladie générale (endocrinienne le plus souvent) ou locale (lésion neurologique), elle reste presque toujours « idiopathique ». Il en va de même pour l'épilepsie qui reste en général « essentielle ».

Or, il est peu probable qu'un médecin contemporain, même lecteur d'Hippocrate, ce qui est rare, s'attende à découvrir que son malade impuissant fasse de l'équitation (ou même du vélo ?), et encore moins à ce que la guérison soit attendue de l'abandon de cette pratique. De même les troubles du fonctionnement hypophysaire ne sont pas recherchés à l'origine de l'épilepsie.

Le médecin contemporain qui suivrait étroitement l'enseignement d'Hippocrate pour l'appliquer à ses malades s'attirerait les sourires de ses confrères qui verraient dans une telle fidélité au vieux maître un respect abusif marqué d'une coquetterie certaine à l'égard de ses lectures. La médecine ne fonctionne plus avec les paradigmes en faveur au temps d'Hippocrate, et le corps médical trouve plus volontiers son langage autour de nouvelles notions (par exemple l'électroencéphalographie et la chimiothérapie pour l'épilepsie). Il est donc d'autant plus remarquable que les passages d'Hippocrate sur l'impuissance et sur l'épilepsie, bien que n'ayant rien apporté de décisif, au moins pour les sujets qui en sont atteints, soient considérés, par les médecins et en particulier Bariéty, comme exemplaires de la démarche spécifiquement médicale.

Cette approbation tient à ce qu'Hippocrate a réfuté l'argument religieux comme explication de l'impuissance et écarté par principe tout obscurantisme dans l'étude de ce symptôme. Il l'a de ce fait constitué comme « maladie » et il a imposé qu'on

lui découvre des « causes naturelles ». Ce qui signifie qu'à ses yeux *il existe un savoir susceptible de rendre compte de l'impuissance,* non pas un savoir obscur qui serait celui des Dieux et qu'on pourrait au mieux deviner et exorciser par des pratiques religieuses ou rituelles (prières, offrandes sacrifices). Il s'agit au contraire *d'un savoir parfaitement articulable en des termes ayant leur logique propre.* L'étiologie invoquée par Hippocrate ne soutient qu'une pathogénie repérable ; une pathogénie qui n'est sans doute pas aussi rigoureuse que le prétend Bariéty, quand Hippocrate prétend que la section des veines situées derrière l'oreille « prive ceux, qui ont subi cette opération de la faculté d'engendrer », quoiqu'on puisse, après tout, supposer que la faiblesse occasionnée par cette intervention aggrave l'impuissance comme elle donne le sommeil. Mais ceci n'est de toute façon qu'un détail au regard du souci d'Hippocrate de trouver une « cause naturelle » à l'impuissance des Scythes.

Ce qui est *mis en cause,* constitué comme cause de maladie, c'est l'équitation. Il est bien évident qu'Hippocrate, tout en la privilégiant, n'y tient pas absolument, à cette cause. Il y en a bien d'autres : la culotte, le froid, la fatigue, l'impossibilité de « porter la main aux parties naturelles », etc. Ce qui séduit évidemment le médecin contemporain lisant Hippocrate, ce n'est pas la découverte de telle ou telle étiologie, mais l'instauration d'une méthode, et pour mieux dire, d'un discours sur la maladie, sur son étiologie et sa pathogénie : Un discours qui permet de *constituer comme des faits* des éléments qui, sans lui, resteraient purement contingents, inessentiels. Aussi, même si nous ne souscrivons pas entièrement à l'affirmation de Bariéty que « la logique du raisonnement est parfaite », nous ne pouvons que tomber d'accord sur l'intérêt du discours hippocratique en tant qu'il permet sinon d'établir, au moins de

supposer qu'un certain nombre d'éléments doivent être mis en rapport (en cause) avec la maladie. Car on devine bien qu'il s'agit moins ici de l'équitation que de toute autre cause de compression pouvant compromettre la circulation sanguine et l'influx nerveux intéressant ces parties qu'on nomme aussi bien « honteuses » que « naturelles » ou « sacrées ».

On pourrait tout aussi bien dire que l'étiologie invoquée par Hippocrate est fausse et que, sauf dans des cas rarissimes de tumeurs, ce n'est pas la compression du périnée qui occasionne l'impuissance, et qu'il aurait bien dû s'en douter, car l'impuissance aurait dû guérir dès que les Scythes s'adonnaient aux « travaux de femmes », ce qui comportait certainement l'abandon de l'équitation. Cette objection, apparemment élémentaire, n'a pas retenu l'attention de Bariéty, puisqu'il n'en parle pas. Et en effet, c'est de bien autre chose qu'il s'agit, puisque c'est à instaurer le discours médical que s'emploie Hippocrate, ce qui veut dire *qu'il faut, pour que s'établisse ce discours, privilégier certain faits et écarter ce qui va à l'encontre de ce discours*.

Les conclusions d'Hippocrate peuvent être fausses, et n'être soutenables qu'à condition de ne tenir compte que de certains éléments ; son raisonnement n'en est pas moins médical, dans la plus stricte rigueur de la discipline. De la même façon, un médecin peut, par exemple, rattacher une douleur épigastrique à un ulcère de l'estomac, alors qu'il s'agit d'un cancer ; il se peut même que la douleur soit due à une atteinte d'un autre organe, vésicule biliaire ou pancréas. Mais quelle que soit l'erreur commise, il n'en reste pas moins *dans le discours médical*. Par contre, il en sortirait évidemment s'il disait à son malade que ce qui lui fait mal au ventre c'est l'inconduite de sa femme ou les humiliations que lui fait subir son contremaître. Ou encore, s'il tentait de rattacher sa souffrance au mauvais sort que lui a jeté un voisin malveillant et un peu sorcier ; s'il accusait son malade

d'avoir commis des fautes morales, d'avoir manqué de piété ; s'il lui recommandait, pour tout remède, de faire dire des messes, il sortirait bien évidemment de son rôle de médecin, il sortirait du discours médical. Dans le premier cas, celui d'une erreur de diagnostic, le médecin, bien qu'il se trompe, reste « dans le vrai » du discours médical (pour reprendre une expression de Canguilhem). Mais si la psychosomatique, la sorcellerie ou la religion sont invoquées, on sort du discours médical, on entre dans une autre logique.

Je n'ai choisi ici que des exemples extrêmes et d'une certaine façon absurdes, mais il n'est pas douteux qu'il serait tout à fait possible de tenir sur la maladie un autre discours que le discours médical. Plus que quiconque, le médecin ne peut ignorer qu'une personne peut se laisser aller à être malade, et jusqu'à en mourir, à la suite d'événements particulièrement douloureux qui vont jusqu'à lui retirer toute raison d'être. La maladie, qui l'emportera peut-être, n'a probablement guère d'importance au regard de ces événements. De même, la maladie qui occasionne la mort d'un vieillard n'a t-elle qu'un intérêt tout anecdotique, alors que c'est de vieillesse qu'il se meurt. Ce sont là pourtant des considérations qui sont sans intérêt propre pour la médecine. Les énoncer ne sert à rien, ne débouche sur aucune pratique. Un médecin ne se lancera pas dans des considérations sur la misère humaine et la miséricorde divine, ou s'il le fait, chacun y décèlera son embarras, et jugera que le mal dépasse vraisemblablement les ressources de son art. Pour intéressants que soient tous les discours possibles sur le mal et la maladie, ils ne retiennent pas le médecin s'ils ne sont pas dans l'ordre médical.

Ajoutons que nous ne sortirions en aucune façon du discours médical si nous croyions nécessaire de substituer une explication d'ordre psychologique aux étiologies possibles d'une

maladie. Hippocrate n’est pas sans les évoquer pour l’impuissance des Scythes. Il dit qu’ils ne « peuvent porter la main aux parties naturelles » et « qu’ils sont distraits du désir de l’union des sexes ». On pourrait dire que l’investissement libidinal accordé au cheval détournait les Scythes des intérêts érotiques hétérosexuels. En parlant de l’impuissance des puissants, puisque ce sont les seigneurs les plus atteints, on substituerait une psychogenèse à la genèse par les causes naturelles. Ce qui nous conduirait à des considérations sur la fréquence comparative de l’impuissance sexuelle des P-DG contemporains et des OS. L’hagiographie de la virilité triomphante sous la forme du cavalier antique est sans doute aussi trompeuse que celle du « superman » de la réussite sociale et des bandes dessinées. C’est certainement prendre la représentation de la virilité pour la virilité elle-même que d’investir dans des activités de pure prestance une énergie qu’on rétrocède aux plaisirs spécifiquement érotiques. Ce sont là des considérations qui ne risquent pas de nous conduire bien loin, au mieux ou au pire, à renforcer le discours médical en adjoignant une psychogenèse à une organogenèse. Ce qui serait une application d’un système conceptuel à un objet qui n’est pas le sien.

Le discours médical donne à voir certains faits, en permettant de leur donner une articulation dans sa logique propre. Il ne fait pas que les privilégier. Il *impose* un certain regard dans le champ qu’il constitue. Il est une discipline d’évaluation des faits, et il impose une discipline à celui qui tient ce discours. En limitant le champ de vision, il impose une certaine vue, il donne à voir, comme M. Foucault l’a clairement montré[4]. Car ce que le médecin observe, c’est ce qui peut s’inscrire dans un certain champ de savoir, à l’exclusion de toute autre chose, c’est ce qui peut constituer une théorie, au moins un diagnostic, ayant une cohérence. Le reste n’a pas pour lui d’existence.

L'observation est sans doute un don, mais un don qui s'acquiert. Littré dit, pour « observer » :

« 1° Se conformer à ce qui est prescrit par quelque loi, par quelque règle (premier sens puisque le latin *observare* signifie : garder autour). « J'observerai, Seigneur, un avis important... »

2° Considérer avec application les choses physiques et morales. « Observer la nature, observer les symptômes d'une maladie, observer les mœurs des différentes nations. »

C'est parce que le médecin se conforme à l'ordre du discours médical qu'il lui est donné de savoir observer. Sa foi, c'est celle du discours. Il n'est pas fortuit qu'Hippocrate ait été l'observateur exceptionnel que l'on sait et l'homme qui a édicté les règles méthodologiques et déontologiques de la médecine. Quand on parle aujourd'hui de la médecine (et des autres sciences) comme d'une « discipline », c'est d'abord pour indiquer que ceux qui s'en réclament ont accepté de se faire une règle de l'observance de ses lois. La prise de l' « observation » du malade, qui est la discipline fondamentale imposée à l'étudiant en médecine au lit du malade, celle sur laquelle il sera jugé quand il passera ses « cliniques », c'est la mise en place du discours médical. Il conviendra que son « observation » (c'est-à-dire son texte consignant ce qui a été observé) recueille tout ce qui est énonçable dans les termes du discours médical et aussi, bien entendu, qu'il en écarte tout ce qui n'est pas énonçable dans ce discours. Son habileté à tenir ce discours sera jugée autant à ce qu'il aura écarté qu'à ce qu'il aura su retenir. Mais ce qu'il aura rejeté, il n'en parlera même pas.

Hippocrate, parce qu'il était aux origines du discours médical, ne pouvait se dispenser d'accomplir l'acte de force, la « violence faite aux choses[5] » que constitue la mise en place d'un discours. Bien d'autres discours auraient pu être tenus sur les Scythes, par exemple un discours ethnographique ou un

discours sur leur religion, leurs mythes… On n’a retenu que le refus par Hippocrate de toute superstition. Mais finalement, ce qui est le plus intéressant, c’est le *rejet du discours du malade lui-même*. Discours qui aurait pu nous retenir ! Car les Scythes impuissants, en devenant des « hommes sacrés » et l’objet de l’adoration des autres hommes, n’étaient pas sans tirer quelque avantage de leur nouvelle condition ! Il n’est pas évident qu’en se « condamnant aux travaux de femmes », ils tombaient dans un état de déchéance. Le système de valeur auquel se réfère implicitement Hippocrate en parlant de l’impuissance des Scythes comme d’une maladie allait peut-être de soi pour un Grec de l’ère classique (encore que l’homosexualité régnante dans les milieux intellectuels mette en question la nature de la virilité ainsi promue). Chez les Scythes, le problème de la condition féminine n’était certainement pas simple, comme en témoigne la présence d’une solution singulièrement originale, la constitution de groupes d’Amazones. Hippocrate les connaissait peut-être puisqu’il a écrit à leur sujet une très remarquable sottise : « En Europe, il y a un peuple scythe qui habite près de la mer de Crimée et qui est différent des autres peuples : les femmes vont à cheval, tirent à l’arc… Elles n’ont pas de sein droit car, quand elles sont encore petites, leurs mères leur appliquent là un fer rouge qui les brûle et empêche le sein de pousser ; cela développe complètement la force et la plénitude de leur bras et de leur épaule droits[6]. »

On voit que le cheval fait toujours problème au cher Hippocrate. Mais, pour une fois, Galien confirme l’affaire du sein : « On brûlait le sein droit aux jeunes filles des Amazones afin que les aliments se rendent en plus grande abondance dans la main et le bras voisins et les fassent ainsi plus forts[6]. »

L’explication de la force des Amazones par l’ablation du sein entre sans doute dans le discours médical, mais elle est

parfaitement invraisemblable, et l'iconographie des Amazones l'ignorait. Hippocrate aurait-il été victime du jeu des signifiants ? Car l'étymologie du mot amazone est vraisemblablement *omo cena* (femme forte) et non pas *a macena* (sans mamelle). De toute façon, quand le discours médical se mêle de parler de choses touchant de près ou de loin au sexe, il a une tendance frappante à dire des inepties !

De même le regard médical sur l'épilepsie n'a pas apporté grand-chose. On aurait peut-être appris d'autres choses sur cette maladie si plus d'attention avait été accordée à son caractère « sacré » qui accordait un statut non négligeable à celui qui en était atteint, et qui avait assez d'incidences sociales pour être appelé « mal des comices » (comitial). Que de crises autant hystériques qu'épileptiques ont dû se produire dans ces conditions ! Sans compter toutes les crises épileptiques « vraies » dont on sait (mais si vaguement) qu'elles sont liées aux circonstances de la vie émotionnelle et affective.

En éliminant tout autre discours, et par conséquent celui du malade lui-même, le discours médical écarte donc un certain nombre d'éléments qui ne sont pas sans intérêt en eux-mêmes. Il appartient à la visée totalitaire du discours médical (comme de tout discours) de ne rien vouloir ni pouvoir savoir de ce qui ne lui appartient pas, parce que c'est inarticulable dans son système conceptuel, et ne peut déboucher sur aucune pratique qui serait médicale. Ces éléments, étrangers au discours médical, et pourtant singulièrement insistants, puisque c'est continuellement que les malades en font état auprès du médecin, sont véritablement des « non-faits » au regard de la médecine. Les souffrances diverses, non justifiables médicalement, les troubles fonctionnels, les modifications de l'humeur, du sommeil, de la vie sexuelle, l'angoisse surtout, et tout ce qui forme le fonds d'une sorte de revendication permanente et bavarde,

est accueilli par une bonne volonté plus ou moins grande par le médecin, mais celui-ci reste entièrement désarmé aussi bien pour en donner une interprétation scientifiquement acceptable que pour les traiter, puisque les divers médicaments dont il peut se servir n'ont guère plus de spécificité que l'antique thériaque.

« Il n'y a de faits que du fait du discours[7]. » C'est ce que nous devons nous rappeler quand nous sommes portés à penser, avec l'idéologie actuelle, que les faits constituent un noyau dur, solide, insensible à la mode des théories toujours discutables, quand on est plutôt porté à croire avec la publicité « Pas de discours, des faits... » alors que la publicité est précisément un discours capable de faire vendre n'importe quoi (y compris des médicaments) à la seule condition que ce n'importe quoi prenne place dans un discours.

Les faits, c'est donc, d'abord, n'importe quoi qui puisse occuper une place constituante dans le discours. Dans les textes d'Hippocrate que nous avons vus, c'est le cheval, la culotte, le froid, la fatigue, les veines derrière l'oreille, dans le discours sur l'impuissance ; c'est la glande pituitaire dans le discours sur l'épilepsie. Les faits, c'est n'importe quoi qui constitue des « semblants » pour peu que cela permette au discours de se tenir. Lacan donnait comme exemple même du « semblant » ce qui a permis à l'astronomie de se constituer, à savoir l'observation des constellations qui sont l'exemple même d'un groupement entièrement artificiel d'étoiles n'ayant entre elles rien de commun, si ce n'est de se trouver groupées dans la même zone de notre ciel. *Du « semblant »,* ce qui ne veut pas dire du faux pour autant, car c'est bien un « fait » qu'elles soient repérables dans leur équidistance donc *semblables* à l'image qu'elles ont déjà suggérée au cours d'observations antérieures. De cette semblance, qui est une ressemblance, il y a des conclusions à

tirer sinon sur les astres observés comme appartenant à la constellation, du moins sur les autres astres (soleil, planètes) qui n'obéissent pas à cette loi de permanence de notre observation. On peut aussi en tirer d'autres conclusions sur notre éloignement par rapport à elles, sur les mouvements de notre propre planète, etc. Ainsi une science se constitue-t-elle de la mise en place de semblants à partir de quoi il devient possible de raisonner.

La médecine a eu, et a toujours à se constituer les semblants avec lesquels elle fonctionne. Les syndromes, les maladies sont des semblants d'abord en ceci qu'ils sont semblables ou presque chez un certain nombre de malades. En retrouvant d'une façon permanente et presque identique les mêmes symptômes, la même évolution d'un malade à l'autre, on peut constituer des entités qui prennent valeur scientifique de leur permanence. Ceci ne doit pas nous faire oublier qu'à ce travail de classification qu'est la nosologie, on tend à constituer la maladie comme un être, à faire une ontologie des maladies, ce qui n'est pas plus soutenable que si on voulait constituer les constellations comme des êtres. Le semblant qu'est la maladie risquerait, si on s'y laisse prendre, de constituer le masque à quoi serait identifié le malade. La médecine ne devrait pas oublier que son discours lui permet de connaître admirablement le masque, mais rien d'autre. Elle ne devrait surtout pas s'imaginer qu'il suffit de retirer le masque pour que l'homme apparaisse. Car derrière le masque, il y a un autre masque, celui que nous permet de voir un autre discours.

NOTES

1

Hippocrate, *Des aires, des eaux et des lieux,* Paris, Javal et Bourdeaux, 1932, t. I, p. 33-35.

2

Hippocrate, *De la maladie sacrée,* t. III, p. 3.

3

Bariéty, *Histoire de la médecine,* Paris, Fayard, 1963, p. 103.

4

M. Foucault, *Naissance de la clinique, op. cit.*

5

M. Foucault, *L'Ordre du discours,* Paris, Gallimard, 1970.

6

P. Samuel, *Amazones, Guerrières et Gaillardes,* éditions Complexe, 1975, p. 49-50.

7

Lacan, Séminaire du 13.1.71.

5

Le maître du discours. Le discours du Maître de Cos

A tout maître, il faut un esclave (au moins un) pour lui reconnaître son pouvoir. Un esclave ou un élève (au moins un) pour lui reconnaître son savoir. C'est dans ce deuxième sens qu'on attribue à Hippocrate le titre de Maître : Maître de l'École de Cos et aussi de tous les médecins qui se sont réclamés de son enseignement. On a reconnu en Hippocrate celui qui a dispensé un enseignement magistral, qui a fourni méthode et savoir à ceux qui se devaient de l'appliquer aussi scrupuleusement que possible. Sans doute n'aurait-on pas lu Hippocrate de façon très différente s'il était admis que son savoir lui venait des Dieux. Pour être attribué à l'autorité de la science, le savoir médical enseigné maintenant n'a pas moins d'audience, au contraire. On enseigne aux étudiants un savoir constitué, sans perdre de temps à montrer où ce savoir a été puisé. Chacun y trouve son compte, le Maître de n'être pas contestable par ses élèves qui ne connaissent pas ses sources, et l'élève qui ne doit son savoir qu'à son Maître. Le pouvoir que le médecin aura ainsi auprès de ses malades n'en sera que plus grand. Plus prestigieuse est l'autorité du Maître, moins on a à se risquer soi-même dans ce qu'on avance. Il ne reste plus au médecin, élève des plus grands

maîtres, qu'à conquérir la confiance de son malade. Ses titres universitaires y contribueront pour beaucoup. Il devra parler en maître au chevet du malade. Il est investi d'un pouvoir quasi religieux. Il a reçu la consécration du titre de docteur. Il est un haut fonctionnaire de la médecine.

La maîtrise du médecin est pourtant consacrée moins par la vérification (toujours douteuse) de son savoir au cours des examens de Faculté que par la prestation du Serment (par où il témoigne de son allégeance à l'Ordre médical) et par la démonstration de son habileté à tenir le discours médical : rédaction d'observations au cours des épreuves dites « cliniques », et aussi rédaction d'une « thèse ». Sans doute la thèse n'apporte-t-elle pas grand-chose au savoir médical et parfois a-t-elle été achetée toute faite dans une officine spécialisée ; le principe n'en est pas moins maintenu, par l'exigence d'une thèse, que chaque médecin participe à la construction de l'édifice du savoir, qu'il se déclare comme « auteur » du discours médical, à l'égal de ses pairs. Tout médecin est un maître.

Pour soutenir sa position de maîtrise, le médecin doit être un personnage. Hippocrate consacre un chapitre entier à décrire ce qu'il doit être : « La règle du médecin doit être d'avoir une bonne couleur et de l'embonpoint, suivant ce que comporte sa nature, car le vulgaire s'imagine que ceux dont le corps n'est pas ainsi en bon état ne sauraient soigner convenablement les autres. Puis il sera d'une grande propreté sur sa personne. Mise décente, parfum agréable et dont l'odeur n'a rien de suspect. Car, en général, tout cela plaît au malade. Quant au moral, l'homme sage, non seulement sera discret, mais aussi il observera une grande régularité dans sa vie. Cela fait le plus grand bien à la réputation. Ses mœurs seront honorables et

irréprochables et, avec cela, il sera pour tous grave et humain, car se mettre en avant et se prodiguer excite le mépris, quand même ce serait tout à fait utile. Qu'il se règle sur la licence que lui donne le malade, car les mêmes choses se présentant rarement aux mêmes personnes sont bienvenues. Quant à l'extérieur, il aura la physionomie réfléchie sans austérité, autrement il paraîtrait arrogant et dur. D'un autre côté, celui qui se laisse aller au rire et à une gaieté excessive est regardé comme étranger aux convenances ; et cela, il faut s'en préserver soigneusement. La justice présidera à toutes ses relations, car il faut que la justice intervienne souvent. Ce ne sont pas de petits rapports que ceux du médecin avec les malades. Les malades se soumettent au médecin et lui, à toute heure, est en contact avec des femmes, avec des jeunes filles, avec des objets précieux. Il faut, à l'égard de tout cela, garder les mains pures. Tel doit être le médecin pour l'âme et le corps[1]. »

On n'enseigne plus ceci, qui pourrait faire partie du manuel de la respectabilité bourgeoise. Le Dr Knock ne néglige pourtant pas d'en rappeler l'importance au tambour : « Appelez-moi Docteur… Répondez-moi : “Oui, Docteur” ou “Non, Docteur”… Et quand vous avez l'occasion de parler de moi au-dehors, ne manquez pas de vous exprimer ainsi : “le Docteur a dit”, “le Docteur a fait”. J'y attache de l'importance[2]. » De même Toinette ne s'y trompait pas : « Tenez, Monsieur, quand il n'y aurait que votre barbe, c'est déjà beaucoup et la barbe fait plus de la moitié du médecin » *(le Malade imaginaire*).

Le médecin est un personnage héroïque, chevalier de la science et du devoir. Il encourt des risques considérables parce qu'il soigne les maladies les plus graves, sans qu'on sache trop si c'est le risque de contagion qui lui procure son auréole, ou le fait que son malade a failli en mourir : le chirurgien est d'autant plus prestigieux que les opérations qu'il pratique sont plus

dangereuses ; il participe au risque mortel que son intervention fait affronter à son client.

Des signes indiscutables témoignent de l'autorité et de l'importance du médecin. Ses titres lui permettent de parler haut, comme le caducée de sa voiture lui assure une quasi-impunité devant la police. Sa salle d'attente toujours pleine prouve qu'il est très demandé et surchargé. Le public en l'attendant discute, parle de « lui », et ainsi se constitue un état de suggestibilité favorable à son prestige et son autorité. S'il est un grand médecin, on n'obtiendra un rendez-vous qu'après une longue attente. De toute façon, il se fera désirer. Il n'est pas jusqu'à sa vie privée qui ne doive contribuer à son prestige.

« Quelle vie mène-t-il donc ? Une vie de forçat. Dès qu'il est levé, c'est pour courir à ses visites. A dix heures, il passe à l'hôtel. Vous le verrez dans cinq minutes. Et les visites de nouveau jusqu'au bout du canton. Je sais bien qu'il a son automobile, une belle voiture neuve qu'il conduit à fond de train, mais je suis sûre qu'il lui arrive plus d'une fois de déjeuner d'un sandwich[3]. »

Car la vie privée du médecin est une vie d'enfer et personne ne peut l'ignorer… Il est souvent dérangé la nuit. Il peut être appelé chez les amis avec qui il va dîner. Il ne peut jamais être sûr de pouvoir aller au spectacle. Même chez son coiffeur, on le dérange. Sa femme, bourgeoise élégante, déplore cette vie difficile à laquelle elle doit participer, mais convient que son grand homme se doit d'abord à ses malades. Elle participe discrètement du savoir et du prestige de son époux. Souvent on sollicite ses conseils, au moins pour ce qui concerne les enfants. Elle sait qu'elle contribue au prestige de celui qu'elle appelle parfois « le docteur ».

L'histoire de la médecine ne manque pas de vies exemplaires, héroïques même, de médecins[4]. Les mass media ne manquent

pas de se faire les hagiographes des « hommes en blanc ». Elles ont raison ; les médecins sont des valeurs plus sûres que les princes et les actrices ; et ils sont parmi les plus solides piliers du système social, car ils sont l'exemple le moins contestable du bien-fondé des privilèges qu'on accorde aujourd'hui à la compétence.

Quels que soient les petits ridicules dont s'entoure ce genre d'opérations, c'est à juste titre que les médecins se soucient de leur image, en la rectifiant au goût du jour. Le personnage qui tient le discours du Maître ne doit pas être quelconque. La solidité de son insertion dans la société, que ratifie son inscription à l'Ordre des médecins, est la garantie de l'efficacité du discours dont il est en partie l'auteur, au moins le porte-parole auprès de ses malades.

L'imaginaire n'est pas une dimension négligeable, et s'il y a quelque irrespect à en parler, c'est parce qu'il est généralement convenu que cette image se dégage d'elle-même, et n'est pas recherchée par système. Le Code de déontologie, qui a souci de la bonne image de marque du médecin, prévoit la radiation du médecin qui aurait encouru une sanction pénale[5], bien qu'on ne voie pas, à priori, pourquoi on deviendrait mauvais médecin parce qu'on a fait un chèque sans provision. (Il est vrai pourtant qu'à ce niveau de la hiérarchie sociale, on est parfois à découvert, mais on ne fait pas de chèques sans provision.)

La respectabilité de tout le corps médical est en jeu dans celle de chaque médecin particulier. C'est pourquoi il doit se référer à ses confrères et à ses maîtres quand il rencontre une difficulté. Hippocrate, qui est un maître aussi sur ce point, n'a pas manqué d'attacher le plus grand soin à la constitution d'un corps médical cohérent et respectable : « Il n'y a aucune disgrâce si un médecin, embarrassé dans quelque occasion auprès d'un malade et ne voyant pas clair à cause de son inexpérience,

réclame la venue d'autres médecins avec qui il consultera sur le cas actuel, et qui s'associeront à lui pour trouver le secours. » Le corps médical est le garant du savoir médical. Il faut en écarter les mauvais médecins, ceux qui « prouvent par eux-mêmes qu'ils ont surgi de rien *(sic)* avec la seule ambition de la renommée, de l'argent et du luxe. Ceux-là fuient le commerce des autres, ne fréquentent que d'autres mauvais artisans comme eux, et refusent tout ordre utile. »

L'Ordre utile, aujourd'hui, c'est l'Ordre des médecins, parce que malgré les critiques et les brocards dont il est l'objet, il représente le corps médical dans son souci de respectabilité, qui est une des préoccupations majeures de chaque praticien. Ce qui le conduit à prononcer des exclusions contre les médecins qui ne seraient pas conformes à une certaine image de marque. Il est également conduit, et sans doute est-ce le cas le plus fréquent, à couvrir de son autorité des médecins qui sont attaqués par leurs malades pour le préjudice que leur auraient fait subir un examen ou un traitement malencontreux ou inefficace.

Les juristes n'ont pas manqué de s'émouvoir de cette constitution d'un Ordre des médecins, c'est-à-dire pratiquement d'une juridiction spécifique et corporative qui échappe à l'ordre judiciaire. En effet, le juge judiciaire a été clairement mis en garde contre « l'erreur qu'il commettrait en s'érigeant en « Sorbonne médicale[6]. » La position du juge devient très délicate de ce fait : « Le recours au service des experts ne constitue qu'une aide insuffisante à cause des aléas de l'analyse, des divergences d'école et de la solidarité parfois excessive dont les experts témoignent à l'égard de leur confrère[7]. » Le recours au Conseil d'État lui-même ne saurait avoir d'effet car « on conçoit que lorsque l'Ordre des médecins s'est prononcé sur l'existence ou l'absence d'imprudence blâmable, le Conseil d'État tienne pour

“souveraine” l’appréciation que la Section disciplinaire a portée sur l’efficacité ou l’inocuité de la thérapeutique mise en œuvre, voire sur le caractère abusif des prescriptions. De même n’existe-t-il pas de décision octroyant une indemnité à un malade qui se prétend victime d’une erreur thérapeutique[8], »

Constatant un arrêt du Conseil d’État du 31 janvier 1964, statuant sur un préjudice corporel occasionné par une intervention chirurgicale faite sans le consentement explicite du malade, Louis Dubois dit encore : « On ne saurait mieux dénier toute valeur, même morale, au respect de l’intégrité physique et de la liberté personnelle. » L’Ordre des médecins est pratiquement la seule référence pour le juge, et celui-ci ne se montre « plus audacieux (que le Conseil de l’Ordre) qu’en jugeant de la correction des méthodes de diagnostic ou de soins, en se référant notamment à ce critère cependant incertain des usages professionnels, et à engager la responsabilité du médecin dont les soins ne sont pas conformes aux données acquises par la Science[9]. »

Le malade est ainsi pratiquement désarmé devant le médecin, qui n’a de comptes à rendre qu’à ses pairs. Le malade et les juges judiciaires ont un statut qui est celui de l’incapable, car *la compétence est ici ce qui fait la loi*. Le médecin échappe ainsi à la loi commune.

Hippocrate avait déjà parfaitement évoqué l’épilogue qu’on peut formuler quand une maladie a une terminaison funeste : Qui en est responsable ? « Le médecin se met à l’œuvre, sain d’esprit et sain de corps, raisonnant sur le cas présent et, parmi les cas passés, sur ceux qui ressemblent au cas présent... ou le malade souhaitant plutôt ce que la maladie lui rend agréable que ce qui convient à la guérison, ne voulant sans doute pas mourir, mais incapable de fermeté et de patience ? » Il interroge : « Laquelle des deux alternatives est la plus

vraisemblable, soit d'admettre que le malade, ainsi disposé, n'exécutera pas ou exécutera mal les ordonnances du médecin, soit d'admettre que le médecin, se trouvant dans les conditions décrites plus haut, fera de mauvaises prescriptions ? » Et il conclut fermement sur cette « terminaison funeste dont ceux qui raisonnent mal ôtent la responsabilité aux vrais coupables pour la rejeter sur qui n'en peut mais ». Étrange conclusion. Celui « qui n'en peut mais », ce n'est pas le mort, mais le malheureux médecin injustement attaqué[10] ! !

Sur plus de deux millénaires, les choses n'ont pas changé. La médecine ne peut être jugée parce qu'elle est son propre législateur. Il n'y a pas de lieu d'où l'on puisse la juger. Il faut se fier à la sagesse des médecins eux-mêmes se jugeant entre eux. Leur discours est un discours de maître sans partage.

La cohésion du corps médical est le garant de cette responsabilité. Aussi tous les médecins sont-ils égaux en droit. Le titre de docteur en médecine est garant d'une égalité dans la formation et le savoir. Tout médecin a donc le droit de pratiquer toute intervention et tout traitement qu'il jugera utile, dans toute spécialité. Droit quelque peu tempéré par l'institution des spécialisations qui limitent pratiquement le pouvoir qu'aurait le médecin de couvrir tout le champ de la médecine. Néanmoins, le principe reste acquis de l'égalité que fournit l'accession au titre de docteur.

Pour asseoir le pouvoir médical, l'œuvre d'Hippocrate est là encore, exemplaire. Car ce n'est pas le pouvoir comme tel qui est recherché. A son époque, les médecins exerçaient généralement des activités diverses, tel Empédocle qui était, outre médecin, homme d'État, législateur, urbaniste, poète... Avec Hippocrate, au contraire, le pouvoir du médecin ne doit rien d'autre qu'à son seul savoir, à sa seule fonction. Nul recours aux Dieux non plus. La divinité n'a aucun rôle dans la genèse des

maladies, et n’a donc pas à être invoquée pour obtenir la guérison. Le médecin ne recommandera pas des prières et des sacrifices. Le pouvoir du prêtre, comme le pouvoir politique, n’est pas du même ordre que le pouvoir médical. On ne se souviendra qu’il existe des « maladies divines » que pour expliquer des cas désespérés. Dans ce cas, il faut « s’abstenir de toucher à ceux chez qui le mal est le plus fort, car placé, comme on doit le savoir, au-dessus des ressources de l’art ».

Le médecin doit aussi se démarquer constamment de tous les pouvoirs temporels. Du pouvoir de l’argent en particulier. Aussi le médecin accordera-t-il une part de ses soins aux pauvres, pour bien marquer que son ambition n’est pas de faire fortune. Même le Dr Knock n’hésite pas à traverser tout le canton pour donner ses soins à une vieille pauvresse. Il avait aussi préparé sa venue au pays en fixant un jour pour les consultations gratuites. Il est vrai que la gratuité des soins a largement contribué à établir l’image du dévouement médical. Elle a permis aussi la création des hôpitaux où le savoir médical s’est constitué. L’aveu cynique de la fonction de la charité hospitalière nous est donné par M. Foucault[11] : « Expliquant en l’an VII comment fonctionne la clinique d’accouchement de Copenhague, Demangeon fait valoir, contre toutes les objections de pudeur ou de discrétion, qu’on n’y reçoit que “les femmes non mariées, ou qui s’annoncent comme telles. Il semble que rien ne puisse être mieux imaginé, car c’est la classe des femmes dont les sentiments de pudeur sont censés être les moins délicats[12].” Ainsi cette classe moralement désarmée, et socialement si dangereuse, pourra servir à la plus grande utilité des familles honorables ; la morale trouvera sa récompense dans ce qui la bafoue, car les femmes “n’étant pas en état d’exercer la bienfaisance… contribuent au moins à former de bons médecins et réciproquent leurs bienfaiteurs avec usure Le regard du

médecin est d'une épargne bien serrée dans les échanges comptables d'un monde libéral. »

Le pouvoir médical s'est enfin toujours démarqué du pouvoir politique. La légende a retenu : « Hippocrate refusant les présents d'Artaxerxès ». Il est vrai que l'épisode n'a pas eu lieu, ne peut avoir eu lieu. Mais pour n'être pas un fait historique, il n'en est pas moins porteur de vérité. Ce n'est pas parce que Artaxerxès était un tyran et un barbare — donc un ennemi — qu'Hippocrate refusa d'aller soigner ses troupes que ravageait la peste. Il eut le même refus quand le peuple d'Abdère l'appela pour soigner Démocrite qui présentait des signes de folie : il répondit qu'il ne fallait pas qu'une nation dépendît si étroitement d'un homme. Par contre, il accepta finalement de voir Démocrite quand la demande fut faite par l'intéressé à titre individuel.

Ne nous méprenons cependant pas sur l'indépendance dont se targuent les médecins de tout temps. Elle signifie seulement que *les médecins ne veulent reconnaître aucun autre pouvoir que le pouvoir médical*. Ils refusent d'être les commis d'un pouvoir qui serait étranger à leur discipline. Pourtant ils sont obligés de tenir compte d'autres impératifs que des impératifs médicaux, en particulier des exigences qui sont d'ordre économique, social, administratif, humain... Mais ils gardent la haute main sur ces éléments étrangers au pouvoir médical. Le médecin se veut éclairé, mais il n'en est pas moins un despote.

C'est devant le malade et la maladie que le médecin doit surtout affirmer son pouvoir. Hippocrate affirme : « Tout en faisant la démonstration de l'art, je ruinerai les arguments de ceux qui prétendent l'avilir[13]. » Dans ces cas, c'est la médecine, et elle seule, qui permet la guérison. Elle doit régner en maître absolu dans ce qui constitue son domaine. Ce qui ne va pas sans difficultés, mais Hippocrate répond : « L'adversaire objectera

que bien des malades ont guéri sans l'intervention du médecin. Je n'en disconviens pas, mais il se peut, il me semble, que même sans médecin ils aient usé de la médecine[14]. » Ce n'est donc pas à la défense spontanée de l'organisme qu'il faut attribuer la guérison mais à la chance ou à l'intuition du malade et de son entourage. C'est là une prise de position qui est totalitaire et dont nous avons déjà vu qu'elle est spécifiquement médicale dans sa méfiance à l'égard des réactions spontanées de l'organisme. Une autre objection concerne les maladies qui se terminent par la mort. Mais nous avons déjà vu qu'Hippocrate n'hésite pas à en attribuer la responsabilité au malade, non à la médecine.

Convaincre le malade de la supériorité du savoir médical n'est pas une petite affaire. C'est avec le pronostic que le médecin affirme son prestige : « Ce qui me paraît le mieux pour le médecin, c'est d'être habile à prévoir, pénétrant et exposant au préalable le présent, le passé et l'avenir de leurs maladies. Expliquant ce qu'ils omettent, il gagnera leur confiance et, convaincus de la supériorité de ses lumières, ils n'hésiteront pas à se remettre à ses soins. De la sorte, le médecin sera justement admiré et il exercera son art habilement. » Aussi l'œuvre d'Hippocrate ne comprend-elle pas moins de quatre gros chapitres consacrés à l'étude du pronostic : « Pro-gnose — Pyorrhétique I — Prénotions coaques — Pyorrhétiques II », ce dernier chapitre au moins étant apocryphe et consacré aux échecs prophétiques que firent les disciples d'Hippocrate. On imagine aisément que les conseils du maître avaient pu faire éclore des vocations de devins plus que de médecins. Dans l'établissement du pronostic, il y a cependant plus que le souci de faire preuve d'un talent divinatoire. Le discours médical s'apparente au discours prophétique au sens où en parle Foucault. Il annonce l'avenir et par le fait même qu'il le constitue, il contribue à le

créer. Par son intervention, le médecin modifie le cours de la maladie, en dehors même de toute intervention médicamenteuse ou autre, car il modifie le rapport du malade à sa maladie. N'attend-on pas de la visite du médecin qu'elle procure un soulagement à l'angoisse, et un salutaire espoir en la guérison ? A l'inverse, depuis Hippocrate jusqu'à nos jours, c'est une règle pour le médecin de ne pas prononcer un pronostic fatal, dont on pense qu'il ne peut qu'aggraver l'état du malade et supprimer le peu de chances de guérir qu'on doit toujours supposer. Le Code de la déontologie fait obligation au médecin de ne pas dire toute la vérité au malade : Art. 34. En pratique, cela signifie aussi qu'il doit faire certains diagnostics, quand la maladie a réputation d'être fatale. Diagnostic et pronostic sont si proches que leurs noms sont souvent confondus dans le public : « Les médecins réservent leur diagnostic ! » Il est vrai que quand un malade est « condamné » par la Faculté, ce jugement de réalité a plus de poids que le jugement de valeur pour le criminel « condamné » par les tribunaux, où le recours en grâce est encore possible. Entre le « jeteur de sorts » et le médecin capable d'établir un pronostic, il y a une parenté : l'avenir est inscrit dans les paroles qu'ils prononcent. Les anatomocliniciens du XIXe siècle ont renoué avec les haruspices : ils ont su examiner les entrailles avant même d'avoir ouvert les ventres. L'avenir y est inscrit comme dans un livre, et la médecine a appris à le lire.

Pouvoir du discours médical ! L'étude du caryotype du fœtus susceptible de porter une anomalie chromosomique permet ainsi de déterminer le sexe de l'enfant à naître. C'est la date de cette annonce que les parents sont par la suite portés à considérer comme la date de naissance ! C'est la date de l'annonce du sexe et du choix du prénom ; c'est aussi celle où on a décidé

de ne pas recourir à l'avortement qu'une anomalie chromosomique justifierait.

Discours du maître, le discours médical l'est moins par les prises de positions personnelles et collectives pour assurer un nécessaire prestige auprès du public et des malades, par son refus de tout autre ordre que celui qui est spécifiquement médical, que par *l'acte médical* proprement dit, celui qui s'opère auprès du lit des malades : *la clinique*.

La première étape de cette démarche consiste en l'affirmation : Vous êtes atteint d'une maladie. Votre corps est habité par une maladie dans laquelle vous n'êtes pas engagé personnellement. Le malade est ainsi invité à se déprendre de toute interprétation subjective de ce qui lui arrive. Il est invité à se regarder comme un autre, à se méfier de ce qu'il éprouve, car tout ce qu'il éprouve doit être interprété en fonction de cette maladie qu'il ne peut connaître et que seul le discours médical peut interpréter. Le malade se trouve défini comme : homme + maladie. Ce qui va signer son entrée dans le discours médical, c'est la *nomination* de la maladie, c'est le *diagnostic*. Par là, le médecin montre que ce dont le malade souffre a sa place dans le système des signifiants que constitue le discours médical. Cette nomination, qui est un épinglage, ne comporte pas que l'aspect négatif que comporte toute catégorisation. Elle est aussi, elle est surtout pour le malade un acte qui contribue à lever son angoisse. Tout ce qu'il éprouvait, et qui n'était pas rattachable à ce qui pouvait s'interpréter à partir de son savoir sur lui-même, tout ce flot de sensations subjectives pénibles, douloureuses, angoissantes, souvent culpabilisantes, est repris dans le discours médical qui affirme qu'un sens peut être trouvé à ce qui était auparavant pur non-sens. Et ce sens nouveau, le médecin

affirme qu'il en a ou qu'il peut en avoir la maîtrise. Maîtrise au moins verbale, même s'il ne peut réduire la maladie. Combien d'états mal définis peuvent ainsi être transformés par des affirmations aussi péremptoires que douteuses du type : « Vous êtes déprimé, et la dépression, c'est une maladie. » « Vous êtes allergique, et l'allergie, c'est une maladie. » « Vous êtes alcoolique, et l'alcoolisme, c'est une maladie[15]. »

Puisque le médecin ne peut espérer obtenir du malade lui-même tous les renseignements nécessaires à l'accomplissement de l'acte de maîtrise qu'est le diagnostic, il n'hésitera pas à interroger la famille, et même les plus humbles domestiques et esclaves, nous enseigne Hippocrate. Ainsi apprendra-t-il souvent ce qu'on avait omis ou caché. Mais surtout, il va chercher à faire apparaître d'autres signes que ceux que peut connaître le profane : « Quand les signes sont muets et que la nature ne les fournit pas elle-même de son plein gré, la médecine a trouvé les moyens de contrainte par lesquels s'ouvre la nature violentée, sans dommage ; celle-ci, relâchée de la sorte, révèle aux gens qui savent faire leur métier ce qu'il faut faire. » Voici donc la porte ouverte à tous les examens « cliniques » et aussi aux examens « paracliniques » par lesquels le médecin apprend ce qui ne peut être interprété qu'à partir du discours médical. Hippocrate inaugura la pratique de la thoracenthèse (exploratrice ? curatrice ?) Mais la nature « violentée » par les examens paracliniques l'est-elle toujours « sans dommage » comme l'affirment Hippocrate et les meilleurs après lui ?

Aucun exemple ne saurait mieux illustrer ce que Foucault dit du discours qu'il est une « violence faite aux choses[16] ». Le discours médical constitue dans son ordre ce qui aurait pu être interprété dans un discours religieux, moral, familial, social, psychologique. Avec plus ou moins de délicatesse, le médecin réfute ce qui peut être énoncé comme considération sur le mal, la

culpabilité, la honte, la pudeur. La souffrance est elle-même un signe parmi d'autres. On cherche parfois à l'atténuer par commisération pour le malade, ou parce qu'elle est susceptible d'aggraver la maladie, mais on la « respecte » quand son évolution est un signe qui doit permettre d'étayer ou d'infirmer le diagnostic. On ne donne pas d'antalgiques pour un syndrome abdominal aigu.

Discours totalitaire, par conséquent, et qui exclut que le malade oppose ses raisons à la raison médicale. Le médecin demande sans doute le consentement du malade pour pratiquer des examens mais ce n'est là qu'une précaution plus formelle que réelle. Le malade ne sait pas au juste à quoi l'exposent les examens et traitements proposés, et le médecin ne peut tout expliquer sous peine d'infliger d'inutiles angoisses par l'exposé des incertitudes et des risques que le malade peut d'autant moins comprendre que son état morbide ne lui procure pas la sérénité désirable, ou même le rend parfaitement inconscient (par exemple, s'il est dans le coma). De toute façon, l'ordre médical s'impose, et même si le médecin n'obtient pas que le malade se soumette à ce qu'il a ordonné, la pression de la famille et des proches est telle que la soumission est pratiquement toujours obtenue. Il n'y a, en fait, aucune solution de rechange au discours médical, si ce n'est parfois la complaisance d'un autre médecin qui reste, malgré tout, toujours moins soucieux de plaire au malade que de pouvoir répondre, le cas échéant, de ce qu'il a fait ou négligé de faire devant ses pairs, c'est-à-dire devant la juridiction de l'Ordre des médecins. Ce n'est pas forcément la garantie qu'il agira pour le mieux.

Il faudrait parler de l'extension de l'ordre médical au-delà de la relation médecin-malade. Car là aussi, les considérations du Dr Knock « sur les prétendus états de santé » sont entrées dans les mœurs. « Un homme bien portant est un malade qui

s'ignore » et il doit donc se soumettre aux examens de médecine préventive, vaccination, etc., qui lui diront ce que lui-même ne sait pas et n'éprouve même pas, et lui proposeront ou lui imposeront les mesures pour lui éviter les maladies. Car aussi la médecine sait de plus en plus qu'il y a des maladies contagieuses, épidémiques, qui intéressent la société en général plus que le sujet lui-même, et puisque la société est, dans ce cas, pour l'essentiel, le payeur, elle a droit de regard sur la santé de chacun. Si le droit à la santé est devenu le droit imprescriptible de tout homme, on a, par contre, supprimé de ce fait le droit à la maladie.

L'« impérialisme médical » est un terme qu'ont employé les juristes pour désigner l'absolutisme des décisions du tribunal que constitue la compétence médicale, représentée par le Conseil de l'Ordre, excluant toute autre juridiction. Ce terme pourrait s'appliquer aux extensions de pouvoir du médecin dans les domaines qui lui sont en principe étrangers. Il est intervenu auprès de l'Inquisiteur contre le sorcier, auprès du magistrat contre les criminels. Dans les hospices de la Révolution, il a séparé les syphilitiques, les fous, les délinquants, les prostituées, jusqu'alors mélangés dans le même dépotoir. Son action a presque toujours été « libérale », mais son emprise est de plus en plus grande et de moins en moins contestée.

Il serait vain d'émettre un jugement de valeur sur le discours du maître. Il se développe avec la même certitude qu'un phénomène naturel, et dépasse largement la personnalité de chaque médecin qui contribue à l'instaurer ainsi que celle des opposants. Hippocrate a eu le mérite d'établir avec force les éléments qui le constituent. Sa lecture nous permet de voir que ce ne sont pas les impératifs techniques de la technologie contemporaine qui lui donnent l'aspect que nous connaissons. C'est au contraire le discours en lui-même qui a ses lois propres. Son

développement, en devenant de plus en plus rigoureux, s'est adjoint les éléments de savoir et de technique qui lui permettent de se poursuivre d'une façon toujours plus contraignante.

NOTES

1
Hippocrate, *Œuvres complètes,* IV, Éditions Javal et Leblanc, 1934, p. 255.
2
Jules Romains, *Docteur Knock,* 1923.
3
Ibid.
4
H. Mondor, *Grands Médecins… presque tous.*
5
Hippocrate, *Préceptes,* I, IV, Javal et Leblanc, p. 27.
6
Louis Dubois, « Le Juge administratif, le malade et le médecin », in *Mélanges offerts à Marcel Waline,* p. 400.
7
Ibid., p. 400.
8
Ibid., p. 400-401.
9
Ibid, p. 398.
10
Hippocrate, *Œuvres complètes,* III, Javal et Bourdeaux, p. 192.
11
M. Foucault, *Naissance de la clinique, op. cit.,* p. 86.

12

J.B. Demangeon, *Tableau historique d'un triple établissement réuni en un seu hospice à Copenhague,* Paris, an VII, p. 34-36.

13

Hippocrate, *De l'art,* t. II, p. 190.

14

Ibid.

15

J. Clavreul, « L'alcoolisme est une maladie », *Information psychiatrique,* 1971, vol. 47, n° 1.

16

M. Foucault, *L'Ordre du discours, op. cit.*

6

L'exclusion du désir

Il s'agit d'une légende et on peut la réfuter à ce titre. C'est pourtant ce qui nous la fait retenir, car si elle a couru, ce doit bien être qu'elle recèle quelque vérité, même si son historicité n'est pas prouvable.

On dit que le jeune Hippocrate prenant ses fonctions de médecin au temple de l'Asclépios de Cos eut pour première consultante une jeune fille nommée Avlavie, dont la maladie résistait aux soins de son père, médecin lui-même, et de tous ceux qui avaient été consultés. Ni les onguents, ni les décoctions, ni les prières et offrandes faites aux Dieux ne réussissaient à enrayer le mal. Hippocrate, après l'avoir examinée, estima que son cas dépassait les ressources de son art et conseilla d'aller consulter l'oracle de Delphes. Ce qui fut fait. Celui-ci annonça à la jeune fille qu'elle devait retourner dans son pays, qu'elle guérirait et que le jeune médecin qui l'avait examinée l'aimerait et l'épouserait. Et en effet, Hippocrate et Avlavie se marièrent, vécurent longtemps et eurent beaucoup... de petits médecins.

A cette histoire qui marque en quelque sorte le début de la médecine, on peut en opposer une autre qui, elle aussi, marque d'une certaine façon les débuts de la psychanalyse.

Jones raconte que Breuer s'était passionné pour Anna O., cette jeune fille si intelligente et si belle qu'il suivait en psychothérapie pour sa névrose. Il en parlait avec tant d'enthousiasme que Mme Breuer s'en émut, obligea son mari à interrompre la cure, et le couple des Breuer fut tellement bouleversé de cette aventure qu'ils firent un voyage à Venise… d'où Mme Breuer revint enceinte. Quant à Anna O., elle fit une grossesse nerveuse ! Sigmund et Martha Freud furent également fort émus de cette aventure et Martha écrivit à Sigmund que pour sa part elle n'aimerait pas du tout qu'une pareille aventure arrivât à son époux. Freud lui répliqua avec quelque indignation qu'elle était bien orgueilleuse de penser les choses ainsi et de s'imaginer que son mari était l'égal du Pr Breuer, car une telle passion ne pouvait s'adresser qu'à un médecin célèbre.

Il semble bien qu'Hippocrate limita à cette aventure avec Avlavie les interférences entre la vie professionnelle et la vie amoureuse. En tout cas, il fit une règle de déontologie du refus pour le médecin de profiter de la situation privilégiée que lui donne sa fonction auprès du malade comme auprès de la famille et de ses esclaves. Cette règle n'est pas édictée comme étant destinée au plus grand bien des intéressés, car après tout, rien ne prouve (l'histoire d'Avlavie en serait un exemple) qu'une aventure amoureuse avec le médecin ne serait pas dans certains cas favorable à l'évolution de la maladie. C'est le médecin lui-même que cette interdiction protège. Il s'agit d'une mise en place des rôles. La passion est du côté du malade : en effet, sa maladie au moins est une passion, une souffrance. Comment le malade, « tout en souffrance, pourrait-il raisonner mieux que le médecin » ? Le médecin, pour sa part, est du côté de la Raison. Claude Bernard reprend à son compte ce que dit Bacon : « Ne jamais avoir l'œil humecté par les passions humaines. » Les larmes troublent la vision, et c'est le regard qui

est l'organe des sens permettant au médecin d'assurer la valeur scientifique, objective de son travail. Aussi n'importe quel médecin se méfie-t-il d'avoir à soigner un de ses proches, un de ceux qu'il aime. Il sait que son amour lui fait perdre son sang-froid, son regard froid, la distance qu'il doit conserver à l'égard de ses malades.

Si la clinique médicale cesse là où commencent la passion et le désir, l'aventure psychanalytique, et aussi sa clinique, commencent avec le transfert, cette « mise en acte de l'inconscient » (Lacan), et son corollaire obligé, le contre-transfert de l'analyste. Aussi l'histoire de la première guérison d'Hippocrate n'entre-t-elle pas dans les observations médicales. Et s'il est vrai que toute une partie de l'observation d'Anna O. ne fait partie que de la petite histoire de la psychanalyse, c'est bien parce que Breuer refusa d'analyser son contre-transfert à l'égard d'Anna O. et préféra s'enfuir. Plusieurs années plus tard, ayant appelé Freud en consultation, et celui-ci ayant posé le diagnostic de grossesse nerveuse, il prit son chapeau et sa canne et partit précipitamment. Breuer ne devint pas psychanalyste. Car la psychanalyse comporte nécessairement la prise en considération et l'analyse d'un fait, la passion qui ne peut manquer de naître du patient pour son analyste, passion à laquelle celui-ci ne peut prétendre rester indifférent, bien qu'il ne la partage pas — ce que la médecine, pour sa part, refuse d'avance, même si chacun sait bien que cela existe. Elle ne veut connaître les passions que pour en déjouer les effets.

On peut imaginer un autre type de relation médecin-malade à la lecture de Platon. Dans le *Charmide,* Socrate se fait médecin pour soigner Charmide qui souffre de douleurs de tête, le matin au réveil. Mais ce qui intéresse Socrate, ce ne sont pas les maux de tête, mais la grande beauté de Charmide, et plus encore, peut-être, la sagesse du jeune homme qui lui est vantée

par son oncle, Critias, qui fait ici quelque peu figure d'entremetteur. En voyant arriver Charmide, Socrate est troublé : « J'étais en feu, je ne me possédais plus ! C'est alors que je compris toute la supériorité, en matière amoureuse, de ce Critias qui, parlant d'un bel enfant, a donné à un autre qu'à moi l'avis de bien prendre garde que, faon venu au-devant d'un lion, celui-ci ne lui arrache un morceau de chair. J'avais en effet l'impression d'être tombé aux griffes d'un pareil monstre[1]. » La partie n'est donc pas jouée d'avance. On ne sait qui va l'emporter, du jeune faon ou du vieux lion.

Ce que Socrate va prescrire, c'est une herbe, et une incantation, mais il dit cela « avec un peu de peine sans doute », car il va maintenant falloir amener Charmide à reconnaître qu'on ne peut soigner une partie du corps sans soigner le corps entier et qu'on ne peut soigner le corps sans s'occuper de l'âme : l'incantation ne saurait avoir d'effet sans cette précaution. Pour décider Socrate à lui révéler quelle est cette incantation, il faut d'abord que Charmide le convainque de sa sagesse, celle qui lui a été vantée par Critias. Sous le compliment, Charmide rougit (ce qui fit apparaître sa beauté encore plus grande) et répondit qu'il ne pouvait ni dire qu'il manquait de sagesse — ce qui serait contredire Cristias — ni dire qu'il était sage — ce qui serait immodeste. Ainsi s'engage un jeu de séduction réciproque où apparaît le désir de Charmide d'atteindre à la sagesse et l'habileté de Socrate à discourir sur celle-ci. Il ne sera donc plus question de maux de tête, mais d'amour de la sagesse, de philo-sophie.

La situation n'a pas la simplicité de la relation habituelle médecin-malade que nous connaissons. La passion est tout autant du côté de Socrate, et la sagesse du côté de Charmide. Nous dirons que l'un comme l'autre est *divisé,* chacun étant porté par un double désir qui se constitue de l'amour de la sagesse et de l'amour de l'autre. Charmide ne peut répondre

qu'une chose, c'est qu'il est divisé sur cet objet, le savoir, dont il peut seulement dire qu'il l'aime. Il dit d'ailleurs fort bien que c'est en raison de sa relation au discours qu'il est divisé, puisqu'il doit être considéré comme sage puisque quelqu'un d'autre l'énonce comme tel, mais qu'il ne peut le dire en tant qu'il serait lui-même l'énonciateur d'une telle assertion. S'il est partagé, c'est en raison d'un fait de langage, qui le divise en tant qu'il est à la fois sujet de l'énoncé et sujet de l'énonciation à partir du moment où c'est de sa propre sagesse qu'il doit parler. Il peut seulement dire qu'il n'en sait rien, qu'il ne peut avoir de savoir sur sa propre sagesse.

Ce sont là des considérations qui peuvent être jugées comme simples subtilités de philosophes. Mais après tout, Hippocrate aurait pu se demander, lui aussi, si les cavaliers scythes n'étaient pas eux aussi partagés, ambivalents, comme on dit, devant leur impuissance sexuelle. Ceci, manifestement, Hippocrate n'en voulait rien savoir. Un homme doit rester un homme, et se comporter comme tel. On n'entre pas ici dans les arguties des philosophes athéniens dont l'homosexualité tend à démontrer que le fait d'être un homme n'est pas incompatible avec le désir pour d'autres hommes, de même que le fait d'être un sage n'exclut pas le désir de la sagesse. Il n'est pas question en médecine de considérer le Sujet comme divisé : Le fait d'être porteur d'un pénis doit suffire à désigner l'homme comme tel et par conséquent à indiquer l'objet de son désir. Tout défaut devant cet impératif ne peut renvoyer qu'à un événement fortuit désignable comme maladie. Ce qui est normatif quant au désir ne peut venir que du corps lui-même, non du discours. Par là le médecin tient son obligation de rechercher toute causalité dans les faits matériels. On sait que l'ambition de la médecine est de prolonger cette causalité exclusive dans tout ce qui se présente comme anormal, jusque dans le domaine de la

psychiatrie où on espère toujours qu'elle trouvera quelque acide aminé ou quelque gène qui fonctionne de travers.

Le mal de tête dont souffre Charmide n'est pas pris par Socrate comme un fait, c'est-à-dire qu'il n'est pas situé dès le départ dans le vocabulaire spécifiquement médical, quitte à le nommer « céphalée » ou « migraine », afin de bien marquer par là que le mal n'appartient déjà plus à Charmide mais au médecin. La prise du mal dans le discours médical nécessite qu'on trouve d'autres éléments langagiers de ce discours avec lequel articuler le symptôme, par exemple : troubles digestifs, froid, manifestations oculaires, éruptions cutanées, etc., et si l'on est à l'époque moderne, troubles de la tension artérielle, signes d'hypertension intracrânienne, signes paracliniques divers, sanguins, radiologiques, électroencéphalographiques, etc. La céphalée est prise d'emblée dans un système épistémique qui peut en rendre compte. L'acte de maîtrise en quoi consiste l'acte médical du diagnostic consiste à affirmer que le langage médical en rendra compte… au moins quand la médecine aura fait suffisamment de progrès. Il en rendra compte en trouvant des « causes naturelles » parce que ce sont les seules qui fassent partie du discours médical, de la même façon qu'il aura constitué d'autres symptômes en *faits,* et les aura regroupés en syndromes. La situation qui est ainsi instaurée situe le savoir du côté du médecin et le désir (au moins de guérir) du côté du malade.

Socrate pose au contraire la question du savoir. La sagesse est du côté de Charmide tout autant que de son côté, et Charmide est incité à montrer sa « sagesse » ou, du moins, à en discourir. Quant au désir, il est tout autant du côté de Socrate que du côté du « malade ». Et ce désir est aussi désir d'enseigner la sagesse, et de l'apprendre, comme il est désir de guérir. Il pose la question de ce qu'est la sagesse, en particulier de ce qu'est la

sagesse du corps. Pour Socrate, il convient de faire appel à la sagesse de Charmide parce que celle-ci n'est pas séparable de la sagesse du corps.

Ce n'est pas là une question à proprement parler médicale ; c'est plutôt une question préalable à toute médecine. Elle implique le présupposé socratique d'un savoir préexistant à l'homme, le rôle des philosophes étant d'aider l'homme à retrouver les idées qui le constituent. Socrate ne peut qu'engager Charmide dans une maïeutique où il pourra retrouver la sagesse perdue de son corps, à la faveur de son désir de la sagesse qui se confond avec le désir tout court. Peut-on considérer que se propose là une sorte d'alternative au discours médical que nous connaissons, une sorte de médecine psychosomatique ? Ce n'est pas en tout cas sur de telles bases qu'un discours psychanalytique pourrait se développer. Lacan a proposé le terme d' « épistémosomatique[2] » à la place de « psychosomatique », indiquant par là que c'est à une analyse épistémologique du discours sur le corps qu'il faut s'engager si on veut se référer à quelque chose de plus précis que des considérations sur la « psyché » et les idées dont on ne connaît de toute façon que ce qui peut en être dit.

On trouve dans Freud[3] des éléments théoriques qui justifient les fondements du discours médical. L'organisme, nous dit Freud, recherche l'état de moindre tension et s'efforce d'y parvenir par les plus courts moyens. C'est le principe du « nirvana », première formulation donnée par lui à ce qui sera plus explicitement désigné comme pulsion de mort. Le désir sexuel est un état de tension qui cherche à se résoudre dans l'acte sexuel qui procure, avec l'orgasme, la résolution de la tension, la détumescence. De même, l'organisme tout entier tant qu'il est vivant est dans un état de tension qui ne se résoudra que dans la mort. La vie tout entière est donc un long détour

qui retarde la tendance de la matière animée à retourner à l'inorganique, au minéral. Au-delà du principe de plaisir, c'est le principe de réalité, qui consiste à différer ce retour à l'état de résolution tensionnelle. Le principe de réalité soutient l'état de tension avec l'espoir que ce retard apportera un plus grand bonheur, une plus grande jouissance, quitte à ce que ce plus grand bonheur soit postulé dans la vie éternelle. C'est donc pour un « plus de jouir » que le sujet renonce au plaisir immédiat. Le rôle de l'éducation est de constituer l'interdit du plaisir immédiat afin de permettre au sujet éduqué d'accéder à ce surcroît de jouissance promis à celui qui ne se satisfait pas de la résolution immédiate de la tension. L'instinct animal, qui est un savoir, fait lui aussi accomplir un long détour à l'animal pour que s'assure la survie de l'espèce. Il n'est pas paradoxal qu'après un long trajet, le saumon meure comme individu au moment où il assure la fécondation, c'est-à-dire la survie de l'espèce. Désir sexuel et pulsion de mort sont liés indissolublement. La mort est le lot de l'animal sexué. Le principe de réalité est au service du principe de plaisir, il en est le prolongement.

C'est donc à bon droit, sinon toujours à bon escient, que la médecine se méfie du désir et de la recherche du plaisir. Cette recherche est un chemin qui conduit à la mort, même si ce n'est pas tout droit. La médecine a pour but d'allonger ce chemin autant que faire se peut. Elle vise surtout à interdire que l'organisme ne trouve dans la mort le circuit le plus court qui permette la résolution de la tension, quand elle est particulièrement vive, comme dans les maladies aiguës et les traumatismes graves.

C'est bien au-delà des maladies aiguës que le médecin se méfie du malade, « souhaitant plutôt ce que la maladie lui rend agréable que ce qui convient à sa guérison ». Même pour les sujets bien portants, la médecine introduit son ordre qui, pour

venir souvent se superposer à l'ordre naturel, s'en distingue radicalement en ceci qu'elle n'édicte pas ses prescriptions en fonction de ce qui est le plus agréable, mais en fonction de ce qui a pu être scientifiquement analysé. Ainsi la nourriture se juge-t-elle en fonction de sa teneur en calories, vitamines, sels minéraux, etc., et non en fonction de son goût. A la limite, il vaut mieux qu'une nourriture ne soit pas trop bonne car le malade et tout autant le bien-portant risqueraient d'en abuser. Il en va bien sûr de même pour les médicaments et traitements de toute sorte, qui paraissent souvent d'autant plus efficaces qu'ils sont douloureux ou désagréables. La diététique des nourrissons et des enfants impose souvent, aujourd'hui encore, des adjuvants, fort bien composés sans doute, mais qui la rendent peu appétissante. La mère participe de l'ordre médical quand elle a quelque chose à imposer à son bébé, au risque de lui retirer le goût de vivre. Elle-même ne s'impose-t-elle pas un régime désagréable pour maigrir ou pour grossir, qui vient d'ailleurs contrebalancer ce que lui impose le régime de la vie sociale, non moins contraignant, et non plus naturel. Quant à la vie sexuelle, elle est endiguée dans l'observance de normes, parfois édictées avec précision. Le coït régulièrement pratiqué fait partie de la bonne hygiène sexuelle au risque, là aussi, de transformer en corvée, en devoir conjugal la vie amoureuse. Mais que ne feraiton pas pour éviter les débordements ? La « libération sexuelle » préconisée par Reich, ou d'autres plus obscurs, reste de l'ordre de la prescription médicale. Les relations sexuelles y font partie de la prévention des névroses. L'orgasme fait partie de la prescription. Faut-il s'étonner que dans ces conditions, on y accède si rarement ?

En substituant son ordre à celui du désir, la médecine se fait moralisatrice. Le médecin ne juge pas la maladie de façon égale quand son administré a contrevenu explicitement à l'ordre

médical. Comme l'ordre du désir est autre que l'ordre médical, et par conséquent vient souvent le contredire, tout ce qui témoigne d'une vie « débauchée » du malade est généralement mal reçu par le médecin. Celui-ci se montre souvent sévère quand il doit s'occuper de maladies vénériennes et d'avortements. Les consultations de dermatologie sont particulièrement éprouvantes, surtout pour les femmes impudiques qui ont attrapé de sales maladies. Et la façon dont sont pratiqués les curetages est le plus souvent assez pénible pour qu'on n'y soupçonne quelque intention moralisatrice, afin de décourager la « criminelle » de recommencer. On n'aura évidemment pas le même comportement si l'intéressée est supposée n'avoir pris aucun plaisir aux relations sexuelles qu'elle a eues (viol, par exemple).

De même la prise de toxique ne sera pas jugée de la même façon si elle est faite sur ordonnance médicale, ou s'il s'agit d'une toxicomanie « sauvage ». Il en va de même pour l'alcoolisme, bien que la tolérance des médecins soit plus grande à l'égard de l'alcoolisme mondain ou celui des hommes d'affaires, plus proches d'eux, et pour qui on peut trouver l'excuse des obligations professionnelles. Mais quand on ne connaît pas de justification à la toxicomanie, seule est retenue la recherche du plaisir, et le médecin comme le personnel infirmier expliquent qu'ils ont déjà bien assez de travail avec les « vraies » maladies, pour qu'on ne vienne pas les surcharger en se rendant malade exprès. Il n'est pas jusqu'aux suicidaires qui ne soient traités durement : d'ailleurs, s'ils se sont ratés, n'est-ce pas la preuve que ce n'était pas sérieux ? Les considérations sur l'hystérie sont alors d'un grand secours pour éviter toute compassion excessive.

La médecine ne peut accepter qu'on déroge à son ordre que si un autre ordre peut être invoqué. Aussi cautionne-t-elle par sa

présence les performances sportives parce que le sport constitue un idéal conventionnellement admis. On se contente de condamner le dopage, mais sans faire la critique de l'esprit de compétition qui en est la cause. De la même façon, la médecine fournit alternativement stimulants et sédatifs aux cadres comme aux ouvriers surmenés. La pharmacopée se met au service de l'ordre social pour peu que l'alibi invoqué soit suffisant pour que le médecin ne voie pas où le sujet y trouve sa jouissance. Le risque vital pour la patrie ou pour la révolution ou pour toute autre cause réputée noble est admis, mais l'imprudence pour la seule recherche du plaisir est condamnée.

Echange de bons procédés : le moraliste agite le risque des maladies pour inciter à une vie honnête ses administrés. Et le médecin, par crainte de se voir opposer l'ordre du désir à l'ordre médical, conseille aussi une vie exemplaire. Le malade et le futur malade doivent être préparés à se plier à l'ordre médical, c'est-à-dire à participer à cet ordre. Si on laisse la brèche ouverte au désir, n'est-ce pas le jugement lui-même qui s'en trouvera altéré ? « En tant que fonction de la connaissance, un jugement doit toujours être objectif, c'est-à-dire qu'il doit être posé sans égard à ce que peut désirer le sujet qui le pose[4]. » Les juristes ne disent pas autre chose que les médecins. Il n'y a guère que les hystériques pour les contredire. Elles encombrent les salles d'attente des médecins, mais n'ont jamais réussi qu'à s'y faire rabrouer.

NOTES

1

Platon, *Charmide ou la Sagesse morale,* La Pléiade, 1953, p. 256 et s. (trad. par Léon Rolin).

2
« Table ronde du Collège de médecine, février 1966 », *Lettres de l'EPF* n° 1.
3
Freud, *Au-delà du principe du plaisir*.
4
Kelsen, *Théorie pure du droit,* Dalloz, 1962, p. 29.

7

Le désir du médecin est défini par l'objet de la médecine

Le désir du médecin se dessine sur le fonds d'exclusion du désir que le discours médical instaure. C'est donc en tant qu'instance refoulante à l'égard du désir que les psychanalystes ont été le plus portés à parler du discours médical, et ils se sont donc attachés à montrer d'une part comment d'autres désirs apparaissent quand même dans la pratique médicale (et à son détriment), d'autre part comment des désirs d'origine infantile trouvaient une sublimation dans l'exercice de la médecine. Il ne me paraît pourtant pas possible d'en faire le centre de notre propos et ceci pour la raison que donne Canguilhem en citant Platon : « A mon avis, ce n'est qu'une façon de parler de dire que le médecin s'est trompé, que le calculateur, le grammairien se sont trompés ; en réalité, selon moi aucun d'eux, en tant qu'il mérite le nom que nous lui donnons, ne se trompe jamais ; et à parler rigoureusement, puisque tu te piques de rigueur dans ton langage, aucun artiste ne se trompe ; car il ne se trompe qu'autant que son art l'abandonne, et en cela, il n'est plus artiste[1]. » Aussi nous intéressons-nous, en définitive, au désir du médecin, en tant qu'il est constitué par le discours médical et

toute autre considération sur le désir doit-elle être jugée en fonction de ce qu'il ordonne.

L'exclusion du désir, c'est ce qu'ordonne la déontologie depuis le serment d'Hippocrate et sans doute dans toutes les pratiques de la médecine. On a beau jeu de dire que ce n'est pas si simple et que du désir, il en foisonne entre médecin et malade, même s'il n'est pas question d'en laisser paraître quoi que ce soit dans les publications scientifiques. Par là, le médecin joue un rôle non négligeable dans la vie des malades qui ne sont parfois malades que de manque d'amour, et aussi indirectement dans la vie des membres de la famille qui subissent les contrecoups de l'investissement libidinal et du prestige où est promu l'homme de science qui s'occupe du corps et formule prescriptions et interdits. Le médecin aussi trouve son compte dans une pratique où le dévouement aux malades sert parfois d'alibi à de brèves rencontres où les « passages à l'acte « (sexuel) ne sont pas exclus. Les commentaires psychologisants sur ces situations sont trop répandus pour qu'il vaille de nous y arrêter, encore qu'il me paraisse nécessaire de dénoncer une sorte de complaisance à faire des gorges chaudes, dans les conversations privées, de faits malgré tout marginaux et à constituer en sujets d'études pour des groupes spécialisés les charmes et les drames du « transfert » quand ils ne sont qu'une mouture moderne des histoires de « bonne fortune ».

Qu'il y ait une érotisation des relations entre médecins et malades, cela ne nous autorise pas non plus à chercher à la systématiser comme étant une relation du type homme-femme se superposant à celle « médecin-malade ». Les données statistiques et anthropologiques sur lesquelles veut s'appuyer J.-P. Valabrega[2] n'ont rien de décisif sur ce point, et devraient tout autant être étudiées au regard de la prédominance des hommes dans l'élaboration de tout discours du maître. Car ce n'est pas

qu'en médecine que les positions de maîtrise sont occupées de préférence par les hommes. Il ne me paraît pas non plus possible de rattacher la vocation médicale à une position « virile » ou « castratrice ». On peut, dans cette voie, aller très loin, comme le fait l'auteur et considérer qu'être médecin, c'est prolonger les « jeux du docteur » auxquels s'adonnent souvent les enfants. Mais aussi pourquoi ne pas faire l'analyse inverse ? Pourquoi ne pas considérer plutôt que ce sont les enfants qui essaient d'intégrer dans leurs jeux une des situations les plus signifiantes qu'ils voient pratiquer par les adultes ? La tentative de maîtrise à quoi s'essaie l'enfant en reproduisant dans son jeu la relation médicale est aussi importante que le prétexte ainsi trouvé de satisfaire sa curiosité du sexe de l'autre. Sans doute aussi peur-on dire que le choix d'une spécialité par le médecin se fait en rapport avec des préoccupations, des conflits, des tendances, des fantasmes inconscients qui ont marqué son enfance. Le désir de chaque médecin est sans nul doute pétri des signifiants qui ont constitué son histoire personnelle, et on peut même ajouter, sans s'avancer beaucoup, que ce n'est certainement pas n'importe quelle structure de la personnalité qui permet à quelqu'un de devenir médecin.

Mais à quoi de telles considérations peuvent-elles nous conduire, si ce n'est à jeter une suspicion sur le désir du médecin, à le présenter en quelque sorte comme impur par rapport à un idéal ? Ne faut-il pas voir, dans les prétentions à analyser le désir du médecin en des composantes qui le renvoient à sa propre histoire, une tentative de transposer — en mineur — les exigences de la psychanalyse didactique telle qu'elle est comprise par certains auteurs : c'est-à-dire quand il en attendent qu'elle les mette à l'abri des mécomptes de leur contre-transfert. Ce point de vue, qui ne me paraît en aucune façon soutenable pour la théorie de l'analyse didactique[3], l'est encore bien

moins pour la formation médicale. Si on fait une psychanalyse, c'est pour son bénéfice personnel et ce n'est que dans un temps second, si on estime y avoir acquis une suffisante expérience de l'Inconscient, qu'on peut s'autoriser à devenir analyste. Ceci n'est en rien applicable à la médecine. La discipline que constitue la formation médicale est d'ailleurs particulièrement efficace pour que se réalise le refoulement de tout désir personnel, parce qu'elle promet, en retour de ce sacrifice, les satisfactions spécifiques de l'exercice de la médecine. Chaque médecin accepte le principe de ne pas faire de sa vie professionnelle le champ clos de ses satisfactions personnelles, qui trouvent mieux à s'épanouir dans sa vie privée. La licence des mœurs de salle de garde fait écho à l'austérité exigible dans les salles de l'hôpital.

Du reste, ce n'est pas au corps du malade que s'intéresse le médecin comme le laissent entendre des interprétations parfois malveillantes, toujours contingentes, sur le fait que la relation médecin-malade est la seule, avec le mariage, où l'institution autorise et par conséquent oblige à toucher le corps de l'autre. Toute l'histoire de la médecine (surtout dans les médecines non occidentales) est marquée du peu d'intérêt des médecins pour les études anatomiques et physiologiques. Ceux-ci ont toujours préféré les discussions abstraites sur l'essence des maladies et se sont détournés de l'examen clinique. Actuellement, de nouveau, un médecin peut faire presque entièrement son diagnostic sur les éléments recueillis dans le dossier, plus riche en examens « paracliniques » qu'en observations recueillies dans l'examen clinique qui met directement en rapport le corps du médecin avec celui du malade. La « présentation de malades », grand rite de l'exposé magistral, est de plus en plus présentation de dossier, où le malade est un figurant.

Seul le XIXe siècle et le début du XXe siècle à sa suite, ont vu les médecins s'intéresser directement au corps du malade, et ceci est dû à un fait : la découverte de l'importance de l'anatomie pathologique. Ainsi pourrait-on dire que c'est au corps, en tant qu'il est mort — ou voué à la mort — que le médecin s'intéresse. On a beaucoup remarqué que les études de médecine commencent en mettant l'étudiant en face de cadavres, ce qui n'aurait pas pour fonction seulement de lui apprendre l'anatomie, mais aussi de le confronter avec la seule réalité qui fait l'objet de la médecine. C'est là une interprétation qui ne me paraît pas soutenable. Si l'examen du cadavre apprend quelque chose au médecin, le médecin ignore la mort dans sa spécificité, et ne s'occupe que de ses causes, c'est-à-dire des maladies. On ne saurait en tout cas conclure des études anatomopathologiques que c'est quelque chose de l'ordre de la pulsion de mort qui habiterait le médecin dans son activité professionnelle, comme le fait Lemoine[4].

Il est bien vrai que le « carabin », c'est aussi bien une variété d'insecte morticole que l'étudiant en médecine. Mais ce n'est là que plaisanterie facile. *Ce n'est pas le corps mort en tant que tel qui intéresse le médecin, mais ce qu'on peut y lire.* Les progrès de la physiopathologie, en lui proposant une autre lecture de la maladie sont venus remplacer les études anatomiques et anatomopathologiques. La mort du malade a cessé d'avoir de l'intérêt pour le médecin depuis que les examens sur le vivant sont devenus les plus importants. Il n'y a plus dans les services ces malades qu'on gardait un peu par charité, mais dont on attendait la mort pour savoir ce qu'ils avaient. Cette pratique assez déplaisante a cessé depuis que les examens paracliniques ont permis de « faire violence à la nature » sur le vivant. Le corps n'est que le lieu où s'inscrit la maladie. Ce qu'on appelle un « beau malade » n'a jamais rien désigné de considérations

esthétiques sur son corps, mort ou vivant. C'est seulement la maladie ou les maladies dont il est porteur qui le désignent à l'admiration des médecins.

Pour le *reste,* c'est-à-dire le corps du malade, il n'est pas l'objet de son désir, car il n'est que ce qui reste une fois la maladie retirée. C'est pourquoi la médecine ignore de la même ignorance ce qui fait la vie et la mort, ce qui constitue le désir, et la jouissance.

Dans la constitution du désir du médecin une place importante doit être donnée au problème de l'*identification.* Missenard et Gelly[5] disent que l'étudiant en médecine, puis le jeune médecin « s'identifient » à leurs malades. C'est là faire état de sentiments de sympathie, d'empathie, de commisération, de compassion où se reconnaît beaucoup moins la notion d'identification au sens où en parlent les psychanalystes, que l'idéologie chrétienne et bourgeoise qui rend compte par là des œuvres charitables où elle acquiert bonne conscience et détourne le regard de l'injustice qui se perpétue ailleurs. Il est vrai que les jeunes médecins et étudiants ne manquent pas d'être troublés dans leur image du corps, au point parfois d'éprouver des manifestations hypocondriaques et nosophobiques qui peuvent être graves. Mais c'est la fréquentation du discours médical qui en est la cause, et non celle des malades ! De tels troubles apparaissent aussi bien chez les *Three Men in a boat* qui ont pour toute lecture un livre de médecine, ou chez les personnes qui lisent assidûment le *Larousse médical,* ou maintenant chez les étudiants en médecine qui ne voient pas un malade pendant trois ans.

La notion d'identification du médecin à son malade est surtout un concept commode pour expliquer le « désir de guérir ».

On l'impute au malade comme étant un désir « naturel » et on explique ainsi que, par identification, le médecin s'approprie, intériorise le désir de guérir de son patient. Explication simpliste, dont nous avons déjà vu qu'elle est au service de l'idéologie médicale, mais n'est nullement soutenable.

En fait d'identification, nous ne devons retenir que celle du malade pour son médecin, parce que c'est une identification *signifiante*. C'est pourquoi le médecin doit avoir bonne mine, comme le recommandait Hippocrate, et surtout incarner les prestiges de la science par son comportement et la sagesse de ses prescriptions. Par là, le « sujet supposé savoir » (savoir au moins qu'on peut guérir), le médecin, est l'objet du désir du malade dans une relation du type transférentiel comme en parle la psychanalyse. Le désir adressé à la personne du médecin se confond avec le désir qu'il a de s'approprier son savoir ou plutôt les bienfaits de ce savoir. A défaut de prendre le médecin, on prend une « médecine », c'est-à-dire le médicament. L'empereur Marc Aurèle ne voulait prendre la thériaque que de la main de Galien en personne. L'absorption fait l'identification, et c'est celle qui est porteuse de guérison. Molière qui s'y connaissait en malades, et pas seulement en « malades imaginaires », l'a clairement indiqué : c'est en le faisant devenir médecin qu'on peut guérir Cléante.

Le problème de l'identification du médecin doit d'autant plus être posé qu'il n'est pas sans incidences pratiques. Missenard et Gelly[6] opposent deux images identificatoires pour l'étudiant en médecine : celle du malade, comme nous avons vu, et celle du grand médecin, du patron. Ils proposent qu'on favorise le premier type d'identification au malade. Ce qui serait, d'après eux, le lot du médecin praticien. Des tentatives ont été faites dans ce sens, en particulier en institutionnalisant des stages d'étudiants en médecine auprès des praticiens. Mais il apparaît

que ce qui a été entrepris ainsi, d'ailleurs difficilement, a vite tourné court[7]. Il était à vrai dire prévisible que les médecins praticiens supporteraient mal la confrontation avec les étudiants supposés être plus au courant qu'eux des derniers progrès de la médecine ; les étudiants eux-mêmes n'ayant d'autre but que de retourner auprès de leurs modèles identificatoires, c'est-à-dire leurs patrons.

Au fond, de telles considérations vont dans le sens de la hiérarchisation de la médecine du type le plus traditionnel. Tout ce qui n'est pas identification aux plus hautes valeurs *dans l'ordre médical* est nécessairement perçu comme un échec, et il ne sert à rien de vouloir le dissimuler en justifiant la position du praticien par une prétendue compétence dans les rapports humains que n'aurait pas le grand patron. Il y a, dans la hiérarchisation de la médecine quelque chose qui est sans doute inévitable, mais il est abusif de la présenter comme nécessaire, et finalement de contribuer à la constituer en établissant une classe de médecins surcompétents, « chercheurs » et spécialistes, au fait des derniers progrès de la technique comme au faîte des honneurs, cependant que les médecins praticiens auraient comme lot de consolation la reconnaissance des mérites d'une pratique qui les mettraient plus proches des malades, plus « humains », quitte à leur proposer une formation psychologique adaptée. Hamburger écrit : « Le généraliste est le modérateur naturel des aspects purement techniques de la médecine (j'allais dire le défenseur naturel du malade contre les techniciens, mais cela dépasserait ma pensée)[8]. » On voit bien que les problèmes posés par la déshumanisation de la médecine ne lui échappent pas. Mais la hiérarchie ainsi constituée est encore une solution purement « technique ». Outre qu'elle ne peut avoir aucune efficacité car, le moment venu, le petit médecin s'incline toujours devant le grand, elle escamote le vrai

problème. Balint a d'abord constitué ses groupes avec des travailleurs sociaux, et ce n'est qu'ultérieurement qu'il a fait des groupes de médecins. On tend ainsi à former une sous-classe de médecins qui ne sont finalement que des travailleurs sociaux informés de médecine et de psychanalyse, réduits au rôle d'orienteurs et de *public-relations,* face à des organismes de plus en plus redoutables ; ils sont chargés finalement d'assurer l'idéologie médicale avec un maximum de moyens, et de rendre possible l'unification du désir du médecin.

Car, en définitive, c'est le grand médecin, le patron, qui incarne le personnage idéal du médecin. Et quand on exalte les vertus de l'intuition psychologique, du sens de « l'humain », c'est avec la même condescendance qu'on parle du savoir infirmier et du dévouement au malade. Tout ceci n'aurait aucun sens si l'ordre et le savoir médical ne venaient le coiffer. Le patron, qui est au sommet de la hiérarchie, a ainsi beaucoup plus qu'une fonction (hospitalière) à remplir. Il soutient sa propre image parce qu'elle est le soutien de tout l'édifice. On sait qu'il supporte mal ses échecs (thérapeutiques) et plus encore ses erreurs (diagnostiques). Sa fonction est surtout de colmater les brèches du savoir médical, en faisant la théorie de ses échecs mêmes, en faisant progresser le savoir. Il doit élargir l'ordre médical et instaurer son règne là où n'était que le chaos. Il est le maître et, à ce titre, il doit « faire de la recherche », constituer les nouveaux signifiants par où s'assure la maîtrise du réel. S'il ne le faisait pas, il se destituerait lui-même du titre de maître où il est soutenu par le consensus de tout le corps médical dont il est le représentant au sommet.

Ce que le patron, le professeur, le maître doit montrer, c'est que l'objet de son désir de médecin, c'est la maladie comme

telle. Le chef de service autrefois établissait le diagnostic, faisait preuve de sa maîtrise, et confiait avec négligence à son interne le soin d'établir le traitement. Il ne perdait pas de temps à des futilités et savait que le désir de guérir n'est pas au sommet de la pyramide du savoir médical. La chaire de thérapeutique était moins prisée que la chaire de clinique. Aujourd'hui la hiérarchie des valeurs est toujours la même, mais les « chercheurs » sont plus souvent localisés dans des services et des laboratoires, où ils ne sont pas en contact direct avec les malades. Le patron assure même son prestige en n'apparaissant pas trop souvent dans les salles et en préparant les publications qui assurent le pouvoir sur la maladie.

Il faut désigner comme *phobique* la position du médecin à l'égard de l'objet « maladie ». C'est l'infirmier qui s'attarde auprès du malade et suit heure par heure l'évolution de la maladie. Le médecin par contre ne reste que le temps du diagnostic, auquel s'ajoute le court échange de l'ordonnance médicale contre les honoraires. Mais il est toujours pressé, bien que le prétexte invoqué (les autres malades qui attendent) ne suffise pas à expliquer toujours sa hâte à quitter le lieu de la maladie une fois que celle-ci a été diagnostiquée. Sitôt identifiée, la maladie ne l'intéresse plus, et c'est ailleurs qu'il va chercher le nouvel objet. Le même processus existe pour le patron. Une maladie bien identifiée, connue, ne l'intéresse pas. Son rôle est d'aller à la conquête de nouvelles maladies, qu'elles soient encore non identifiées comme telles, ou qu'elles soient encore porteuses de nombreuses inconnues.

C'est donc en tant qu'elle est inconnue ou mal connue que la maladie est un objet pour le médecin. Quand sa réalité dans l'ordre médical apparaît, elle cesse de faire l'objet de son intérêt, de son désir. Et cela permet d'interpréter pourquoi les médecins se sont si longtemps mal démarqués d'une

conception ontologique de la maladie. Les discussions savantes et philosophiques concernaient un Être qui leur échappait toujours en ne se manifestant que sous les formes trompeuses ou au moins suspectes d'une symptomatologie incertaine. Un Être qui avait la parole ; la maladie se manifestait dans un système de signes, dont l'étude relevait autant d'une sémiotique du langage que d'une sémiologie comme l'entendent aujourd'hui les médecins.

Objet de l'intérêt du médecin, la maladie est la *cause* de cet intérêt. Un retournement s'opère ainsi, à la faveur du retournement que permet d'opérer le savoir médical. Un exemple, entre autres, nous est donné par ceux qu'on appelle des « enfants du rein ». D. Silvestre remarque qu'on ne sait si on désigne ainsi le rein qui est le siège de leur maladie, ou le rein artificiel qui assure leur survie et permet parfois leur guérison. De même, la mise en *cause* des micro-organismes a pour conséquence leur étude spécialisée *in vitro,* comme aussi la contribution, la mise en place de l'antibiothérapie qui se fait aussi in *vivo*. Ici comme là, le support de la maladie qui est constitué par le corps du malade s'efface pour n'être que le lieu — privilégié sans doute — de son apparition et son développement. Il devient le *terrain*.

Pour avoir abandonné une ontologie simpliste, qui cherchait à connaître l'être de la maladie, derrière une symptomatologie, la médecine ne s'en pose pas moins la question de sa *réalité*. Réalité consistante du fait qu'elle entre dans le langage médical, devenant identifiable dans les mêmes termes par n'importe quel médecin. Pourtant, l'approfondissement de son étude aboutit à ce qu'Hamburger appelle « la dispersion de l'entité maladie[9] ». La question du *réel* n'en est pas moins posée à l'extrême pointe de la recherche médicale. C'est ici que prend place la question de l'*écrit,* ou, pour mieux dire, celle d'une

inscription de la maladie qui serait indépendante du langage médical. Car du côté du langage médical, c'est au *système symbolique* que constitue le discours médical que se rattachent les symptômes, maladies identifiées, syndromes. Mais le réel se trouve identifié à l'inscription directe de la maladie, à son écrit. (Je me réfère ici à Lacan qui lie la parole au symbolique, et l'écrit au réel.) Il n'est pas douteux que le succès de l'anatomie pathologique est dû au fait que les médecins y ont *lu* (dans le « livre ouvert[10] » qu'est le cadavre) l'inscription d'un réel irréductible. Non sans quelque abus, car c'était oublier que l'image du livre où est inscrit le destin n'est après tout qu'une métaphore, et négliger ce que la physiopathologie devait enseigner par la suite. C'est maintenant la lecture des chiffres et des inscriptions des examens paracliniques qui prend le relais. Non sans abus bien souvent, là aussi ; par exemple quand le fait d'un tracé électro-encéphalographique prend un poids démesuré dans l'établissement du diagnostic d'épilepsie, alors qu'il est démontré que cette inscription n'est ni constante, ni fidèle ; par exemple aussi quand certains traitements ne sont entrepris qu'en fonction de ce qu'on a pu appeler une médecine ou une chirurgie esthétique prenant pour modèle une norme radiographique.

« Le menuisier convoite le bois, le médecin convoite la maladie, et le prêtre les sacrifices » dit le *Rig-Veda*.

Le désir du médecin a la maladie pour objet, parce que c'est elle qui le constitue comme tel. Mais c'est le discours médical qui constitue la maladie comme cause. Cause de la souffrance du malade, et cause de l'intervention du médecin. L'effet est en la suppression de l'homme malade en tant qu'homme. « Si l'on veut définir la maladie, il faut la déshumaniser » (Leriche).

C'est là l'effet du discours médical. Le discours se supporte d'un seul sujet (Lacan). Le seul sujet du discours médical est celui qui l'énonce, c'est-à-dire le médecin. Cette énonciation se fait dans l'« ordonnance » du médecin comme elle se fait aussi dans tout l'appareillage mis en place par le développement de la technologie médicale. Cette technologie constitue la substance du discours médical. Le malade n'a d'autre issue que de s'y plier. Sinon il s'exclut du discours médical, par exemple en signant sa pancarte à à l'hôpital. Cette signature le faisant redevenir sujet : sujet du discours qu'il aura à tenir tout seul envers et contre le discours médical, c'est-à-dire contre tous.

Le Code de déontologie fait un devoir au médecin d'imposer ses prescriptions : « art. 29 ». Le discours médical est normatif. (Ce qui est normatif étant ce qui peut, comme nous l'avons vu, s'opposer à la normativité constituée par l'organisme.) Le désir du médecin s'inscrit tout entier dans cette normativité qu'impose le discours médical et il ne peut en sortir, sous peine de n'être plus médecin. Comme il est auteur de ce discours médical pour chaque nouveau malade, il peut hésiter sur le sens à lui donner pour chaque cas concret, c'est-à-dire sur l'opportunité d'une intervention (exploratrice ou thérapeutique) à pratiquer. Mais une fois sa détermination prise, il doit tout mettre en œuvre pour le faire accepter par le malade dont le jugement est doublement suspect, du fait de son incompétence et de l'état où le met sa maladie. Telle est la logique dans laquelle se trouve engagé le désir du médecin du fait du discours qui le constitue.

NOTES

1

Platon, *La République,* Les Belles Lettres, 340 d. (trad. Chambry).

2

J.-P. Valabrega, *La Relation thérapeutique,* Flammarion, 1962.

3

Faire la théorie de la didactique, Scilicet, 3-4. *D'un discours à l'autre, l'institution dite du contrôle, Scilicet 6.*

4

Lemoine, *Lettres de l'école freudienne de Paris,* n° 9, congrès d'Aix-en-Provence, 1971.

5

Missenard et Gelly, « Le processus d'identification au cours des études médicales », *Psychologie médicale,* 1969, 2. 1.

6

Missenard et Gelly, « Le processus d'identification », *op. cit.*

7

Intervention de M. Burnen à propos du rapport de Missenard, *op. cit.,* p. 66.

8

Hamburger, *La Puissance et la Fragilité,* Flammarion, 1972.

9

Ibid., p. 59.

10

M. Foucault, *Naissance de la clinique, op. cit.,* ch. 8.

8

L'objet de la médecine est la maladie. Une ontologie qui insiste

Dire que l'objet de la médecine est la maladie peut paraître un tel lieu commun qu'il est inutile d'en parler. Pourtant, ce qui est un truisme pour le public et en particulier le public médical, est généralement refusé par les philosophes de la médecine, parce que renvoyant à une conception ontologique de la médecine, à résonances mystiques et religieuses, que les débuts du XIXe siècle ont largement contribué à éloigner, en permettant l'essor de la médecine contemporaine. Il me paraît qu'au contraire, la question reste largement ouverte, les médecins restant fidèles à une ontologie qui, pour ne pas dire son nom, persiste à ignorer les attaques dont elle fut l'objet. Qu'ils soient fondés à procéder ainsi, c'est ce que je m'efforce de montrer ici. Le savoir médical est un savoir sur la maladie, non sur l'homme qui n'intéresse le médecin qu'en tant que terrain sur lequel évolue la maladie. Les études sur l'anatomie et la physiologie humaine ont été rendues nécessaire pour la connaissance de ce terrain, de même que le botaniste ne peut se désintéresser du sol sur lequel poussent les plantes, de même que le zoologiste ne peut ignorer l'environnement où vit l'animal. Mais le lieu où subsiste l'objet n'est pas l'objet.

Pour pouvoir constituer la maladie comme objet d'étude, il a fallu l'entifier, la constituer comme un être, reconnaissable dans ses manifestations *« semblables »* d'un malade à l'autre. Sans doute les médecins n'ont-ils pu manquer de découvrir que ce *« semblable »* ne peut que renvoyer au *semblant* par où tout discours du maître se constitue, donc à constater que l'objet constitué par leur science se désagrège à mesure qu'on l'étudie. Mais ceci ne peut empêcher le nécessaire retour à une conceptualisation de l'entité « maladie ». Hamburger écrit : « A la limite, la dispersion de l'entité “maladie” pourrait atteindre un degré tel dans certains domaines de la médecine, que, par le singulier détour d'une exigence accrue de rigueur, les faits donneraient raison au vieux concept intuitif qui énonçait : “Il n'y a pas de maladies, il n'y a que des malades.” Mais on aperçoit aussitôt l'inquiétante difficulté scientifique qui se trouve ainsi soulevée, car il n'y a de science que du général et du corrélatif et non du particulier[1]. »

L'inquiétante difficulté n'est pas du ressort du médecin. Elle est celle du philosophe de la médecine et elle est aussi celle du malade, parce que lui reste dans le particulier. Qu'on lui explique que sa maladie ne lui appartient pas en propre, ne peut suffire à lui faire oublier qu'il en est le lieu. Et l'inquiétude devient particulièrement grande quand il est atteint de ce qu'on appelle improprement une « maladie mentale », car il est alors non seulement le lieu, mais le sujet de sa maladie. L'application d'un concept, parfaitement utilisable en d'autres lieux, devient alors un coup de force contre lui-même, ayant d'abord pour fonction de lui faire objectiver comme autre ce qui lui revient en propre. Ses symptômes, son angoisse, son délire lui font retour après l'étiquetage médical, comme des entités qui lui sont étrangères. Ce qui ne va pas sans complaisance de sa part, puisqu'il y prend appui pour confirmer ses propres

méconnaissances. Mais sans qu'on puisse espérer y retrouver les fils de son propre discours. Dans une large mesure, on peut dire que c'est parce que la psychiatrie est restée naïvement ontologique à la remorque de la médecine qu'elle a suscité l'important mouvement antipsychiatrique qui est, pour l'essentiel, un mouvement antinosologique et antiontologique. Pour être, dans ses principes, antiontologique, la psychanalyse n'échappe pas pour autant au risque d'en retrouver les impasses dans la mesure où sa nosologie se calque sur le modèle médical. C'est à ce titre que la querelle sur l'ontologie de la maladie nous intéresse, plus sans doute que les médecins qui s'encombrent assez peu de discussions philosophiques sans grande incidence sur leur pratique.

Les philosophes n'ont pu manquer de rattacher le remarquable essor de la médecine au XIXe siècle à l'évolution de la querelle sur l'ontologie. Pour Michel Foucault, il s'agit de montrer que la médecine n'est devenue scientifique et que la clinique médicale n'a pris consistance que par la référence devenue possible à l'anatomie pathologique. Il n'appartient qu'à l'idéologie médicale de croire que les progrès de la médecine sont dus à une lutte constante contre l'obscurantisme d'époques superstitieuses[2]. Pour le médecin, il n'y a jamais eu en fait pénurie de cadavres, nous montre-t-il en se référant à d'abondants documents anciens. Mais tant que la médecine restait ontologique, il importait peu au médecin de répertorier les signes visibles, mais trompeurs de la maladie. Seule l'essence de la maladie pouvait faire l'objet d'une étude scientifique et présenter un intérêt général. L'étude des cas n'avait d'intérêt que de renvoyer à celle des espèces. Le visible des symptômes permettait l'accès à l'invisible de l'Être de la maladie. La démarche médicale devint inverse au XIXe sicèle quand, partant des cadavres pour connaître le vivant, elle découvrit que ce qui

était invisible sur l'être vivant est visible sur le cadavre. La clinique dut alors s'efforcer de rendre visible chez le vivant ce qui était jusqu'alors invisible, et ne pourrait être connu qu'à l'autopsie. L'Être de la maladie cesse alors d'être une entité intéressante pour le médecin, car c'est la « surface d'attaque » que le médecin va s'attacher à repérer, c'est là qu'il va l'authentifier avant de pouvoir la vaincre.

« S'il existe un axiome en médecine, c'est bien cette proposition qu'il n'existe pas de maladie sans siège » disait Bouillaud qui se référait au principe tissulaire de Bichat. Toute l'anatomie pathologique, en permettant de « vérifier » sur le cadavre la réalité des nouvelles conceptions médicales, s'est développée sur ces nouveaux principes qui fournissent la base de la nosologie et du vocabulaire médical contemporain.

Malgré l'importance qu'a eue la découverte de l'anatomie pathologique, il ne me semble pourtant pas que ce soit le regard médical qui ait changé d'orientation. En « ouvrant quelques cadavres » comme le dit Foucault, c'est plutôt un livre que les médecins ont ouvert. Ils ont moins vu la vérité dernière de la maladie, que lu ce que la maladie inscrivait dans les corps. La lésion organique a acquis le statut de l'écrit, celui qui indique le destin, celui qui permet d'interpréter la maladie, son évolution, l'inconstance des symptômes, leur caractère trompeur. L'inscription corporelle a le statut de ce qui ne trompe pas et peut donc se substituer aux hypothèses sur l'Être. Mais ce regard médical n'est pas nouveau, et il ne dut pas tout ni à la médecine, ni au XIXe siècle, quand les Inquisiteurs s'attachaient à faire la preuve de la possession diabolique par l'existence de marques corporelles *(punctum diabolicum, stigma sigilum diaboli*[3]*...)*. Et même, dès cette époque, on ne se satisfaisait pas des signes immédiatement visibles ; la recherche des zones de la sensibilité corporelle faisait partie de la recherche

inquisitoriale, la présence de médecins aux procès de sorcellerie était indispensable ; ce qui ne manqua pas d'ailleurs d'ouvrir la voie à une psychiatrisation de la sorcellerie[4]. Par voie de réciprocité, la psychiatrie s'est toujours attachée à la recherche de signes corporels, voire d'une organicité.

Il ne faudrait pas surestimer les effets qu'a eus sur le progrès médical l'avènement d'une médecine localisatrice. Les « fièvres essentielles », c'est-à-dire presque toutes, sont restées une énigme pour le XIXe siècle. C'est une médecine non localisatrice, la médecine pastorienne qui nous a appris le plus important sur de telles fièvres, en identifiant les bacilles, bactéries, virus qui les occasionnaient, en montrant par surcroît que les localisations étaient insconstantes, infidèles, en ouvrant la voie à la thérapeutique par vaccinations, sérothérapies, antibiothérapies. Faudrait-il dire que la médecine pastorienne fut un retour à l'ontologie par l'abandon du solide terrain de l'anatomie pathologique ? Et aussi, comment ne pas remarquer aussi que c'est à un refus de la médecine localisatrice (celle de l'École de Cnide) que l'École de Cos connut le succès ? Le regard porté par Hippocrate sur les maladies n'en fut pas moins celui d'un clinicien, peu enclin à se laisser aller à des considérations métaphysiques et à des pathogénies mystiques. Les fièvres, paludéenne notamment, qu'il avait à connaître, se prêtaient plus à l'observation médicale par leur durée, leur périodicité, les lieux où elles se manifestaient de préférence, qu'à une peu convaincante étude anatomique.

La méthode médicale n'a pas changé fondamentalement d'être ou non localisatrice, puisqu'elle s'est attachée à montrer moins ce qui spécifie la maladie de chaque malade, qu'à retrouver au contraire ce qui identifie la maladie de l'un avec celle de l'autre. Par là, elle est toujours portée à être ontologiste. Finalement, les affirmations des ontologistes font moins figure

de monstruosités scientifiques que de formulations surprenantes dans un langage quelque peu démodé : « L'Etre suprême ne s'est pas assujetti à des lois moins certaines en produisant les maladies ou en mûrissant les humeurs morbifiques, qu'en croisant les plantes et les animaux… Celui qui observera attentivement l'ordre, le temps, l'heure où commence l'accès de fièvre quarte, les phénomènes de frisson, de chaleur, en un mot tous les symptômes qui lui sont propres, aura autant de raison de croire que cette maladie est une espèce parce qu'elle croît, fleurit et périt toujours de la même manière qu'il y en a de croire qu'une plante constitue une espèce[5]. » C'est aux espèces que le médecin doit s'attacher. « Il faut que celui qui décrit une maladie ait soin de distinguer les symptômes qui l'accompagnent nécessairement et qui lui sont propres, de ceux qui ne sont qu'accidentels et fortuits, tels que ceux qui dépendent du tempérament et de l'âge du malade[6]. » La maladie est donc un Être, étranger au malade. Il faut d'abord s'assurer de son identité : « Ne traitez jamais une maladie sans vous être assuré de l'espèce » (Gilibert). « Elle habite le malade. Elle entre et sort de l'homme par la porte » (Sigerist). Pinel s'est fait le classificateur méthodique des maladies sous le titre *Nosographie philosophique*. Nul doute que ce soit de l'*essence* des maladies qu'on ait à traiter. Aussi son traité a-t-il été considéré comme l'œuvre d'un naturaliste plutôt que celle d'un médecin. La connaissance des maladies s'identifie à leur classification. La médecine est un travail qui ne diffère pas fondamentalement de celui du botaniste. Non sans raison ni sans résultats : depuis la médecine égyptienne qui retirait les vers jusqu'à la médecine pastorienne qui identifie les espèces microbiennes avant de les combattre. Fondamentalement, c'est dans cette identification nosologique que consistent le diagnostic et la thérapeutique visant à lutter contre l'agent causal, agresseur de l'organisme.

Les inquisiteurs et exorcistes n'étaient pas plus ontologistes que les médecins quand ils refusaient d'admettre la présence du Diable chez les sorcières, s'ils n'avaient pas trouvé le lieu de son empreinte. Plus important fut le refus progressif de l'identification de la maladie avec le Mal. Mais là encore, l'évolution de la pensée médicale est moins évidente qu'il n'y paraît.

De tout temps, on a vu dans la survenue des épidémies comme dans celle des maladies individuelles autant de fléaux envoyés par les Dieux afin de punir les fautes commises par les hommes. Canguilhem décrit ainsi ce « manichéisme médical » : « La santé et la maladie se disputaient l'Homme, comme le Bien et le Mal le Monde. C'est avec beaucoup de satisfaction intellectuelle que nous relevons dans une histoire de la médecine le passage suivant : “Paracelse est un illuminé, Van Helmont un mystique, Stahl un piétiste. Tous les trois innovent avec génie, mais subissent l'influence de leur milieu et des traditions héréditaires. Ce qui rend très difficile l'appréciation des doctrines réformatrices de ces trois hommes, c'est l'extrême difficulté qu'on éprouve quand on veut séparer leurs opinions scientifiques et leurs croyances religieuses… Il n'est pas bien sûr que Paracelse n'ait pas cru trouver l'élixir de vie ; il est certain que Van Helmont a confondu la santé avec le salut et la maladie avec le péché ; et Stahl lui-même, malgré sa force de tête, a usé plus qu'il ne fallait, dans l'exposé de ‘ la vraie théorie médicale ’, de la croyance à la faute originelle et à la déchéance de l'homme.” Plus qu'il ne fallait ! dit l'auteur, précisément grand admirateur de Broussais, l'ennemi juré, à la naissance du XIXe siècle, de toute ontologie médicale[7]. » Un médecin, même anti-ontologiste, doit-il en effet croire tout de même un peu à la faute originelle et à la déchéance de l'homme ?

On s'est employé à déterminer l'influence de l'époque et des conditions de vie sur la santé. Maret[8] montre que chaque siècle

a ses maladies spécifiques. Lanthenas[9] parle des pauvres « contraints à ne point élever de famille ou à ne procréer tristement que des êtres faibles et malheureux ». Quant aux riches « au sein de l'aisance et parmi les plaisirs de la vie, leur irascible orgueil, leurs dépits amers, leurs abus et les excès auxquels les porte le mépris de tous les principes, les rendent la proie des infirmités de tout genre ; bientôt... leur visage se sillonne, leurs cheveux blanchissent, les maladies les moissonnent avant le temps. » Tissot note de même que les maladies des gens simples sont simples et qu'à mesure qu'on progresse dans la complexité sociale « la santé semble diminuer par degré » ; les maladies se diversifient, leur nombre est grand déjà « dans l'ordre supérieur des bourgeois... il est le plus grand possible chez les gens du monde[10] ».

Même en ce qui concerne l'identification de la maladie et du mal on ne peut manquer de remarquer combien l'époque actuelle s'est peu détachée d'interprétations hâtives, moralisatrices et culpabilisantes. Seuls les termes ont changé, mais on ne manque pas de parler de « maladies de civilisation ». L'organisation sociale contemporaine, les conditions de la civilisation industrielle, les rythmes du travail de l'ouvrier et du patron, la pollution et toutes les perturbations de l'écologie sont responsables d'un grand nombre de maladies. Ne va-t-on pas jusqu'à dire que les faibles moyens de la médecine ne font que compenser les maladies occasionnées par une société folle et dégénérée ? Encore la médecine elle-même est-elle responsable d'un grand nombre de maladies, dites iatrogènes ! Ce sont surtout les maladies nerveuses, depuis la folie, jusqu'aux désordres fonctionnels (qui constituent le fond de la clientèle de médecins) auxquels s'en prend le discours sur les maladies du siècle. Les hommes qui se veulent rationalistes et cartésiens diront volontiers que la névrose est la maladie des femmes qui

s'ennuient (sans se demander si elle n'est pas la maladie des femmes qu'eux-mêmes ennuient). Et il n'est guère de médecin qui ne se laissera aller à dire que les maladies se compliquent « dans l'ordre supérieur des intellectuels » (sinon des bourgeois) et qu'elles sont « le plus compliquées possible dans les familles médicales » (sinon chez les gens du monde). Car chacun sait et dit que ce sont les médecins eux-mêmes qui ont les maladies les plus déroutantes, les plus résistantes aux traitements. Sans doute, ces malheurs sont-ils la juste punition de ceux qui ont trop goûté aux fruits de l'Arbre de la Connaissance du Bien et du Mal et qui, par conséquent, ne se laissent pas prendre assez docilement à l'ordre du discours médical !

La lutte contre le Mal, fortement enracinée dans la tradition médicale, devient volontiers lutte politique ! Lanthenas rêvait : « La médecine sera ce qu'elle doit être, la connaissance de l'homme naturel et social. » L'engagement révolutionnaire vient prendre le relais de l'ascèse et de la piété que recommandaient les prêtres et qu'imposent encore aujourd'hui certaines sectes mystiques. Ailleurs, les prescriptions sont plus surprenantes, et se mettent au goût du jour : de la liberté sexuelle, laïque et obligatoire, on attend les mêmes effets que de l'instruction républicaine. On attend de la révolution prolétarienne ce que n'a pas donné la révolution industrielle, de la vie en communauté ce que ne peut la vie de famille. Ce sont là des fadaises et les révolutionnaires professionnels ne s'y trompent pas, ni Marat qui qualifiait Lanthenas de « pauvre d'esprit », ni Trotsky qui conseillait à ses amis d'aller consulter des médecins bourgeois. L'idéologie médicale, à être prise trop au sérieux, fait sortir du discours médical. L'embauche de la médecine dans la politique n'a jamais été favorable, ni aux mouvements révolutionnaires, ni à la médecine.

Le refus de toute ontologie de la maladie s'est traduit de façon intéressante au XIX[e] siècle par un néohippocratisme. De même qu'Hippocrate mettait en rapport les « tempéraments » de l'homme avec « les aires, les lieux... », Broussais, partant violemment en lutte contre les nosologistes, voyait dans l'équilibre entre l'organisme et son environnement le secret de son bon fonctionnement, de la santé. L'origine de toutes les maladies résidait « dans l'excès ou le défaut de l'excitation des divers tissus au-dessus et au-dessous du degré que constitue l'état normal ». Les travaux de Claude Bernard sur les troubles du métabolisme des glucoses s'inscrivaient dans cette définition de la maladie. La physiologie et la biologie venaient au secours de la médecine. Il y avait une continuité entre la physiologie normale et la physiologie pathologique. Ce qui n'allait pas sans excès : tout devenait une question de degré. Broussais et Lynch étaient allés jusqu'à constituer une échelle de degrés d'évitation (de 0 à 80) ! En abandonnant l'identification des « espèces », la médecine cessait d'être qualitative pour devenir quantitative.

Par là, apparaissait la notion de moyenne, la possibilité de définir la normalité comme correspondant à ce qui se rapproche le plus de cette moyenne, chiffrable dans les diverses mesures biologiques. Mais celle-ci, comme le développe de façon précise Canguilhem, n'est pas non plus une moyenne statistique collectant les résultats observés sur un grand nombre d'individus. La moyenne est celle que l'organisme définit lui-même en développant des mécanismes assurant l'homéostasie, le retour à un état d'équilibre spécifique quand les circonstances extérieures (celles dépendant du milieu ambiant) l'ont perturbé. A la notion de « normalité » se substitue ainsi celle que l'organisme est « normatif », c'est-à-dire qu'il constitue lui-même ses propres normes et les fait respecter, du

moins dans un milieu déterminé, puisque certaines circonstances (climat, effort à fournir) sont susceptibles de modifier la norme édictée par l'organisme.

Ceci n'est pas sans modifier très sensiblement la notion de normalité et par suite celle de morbidité. Référée au seul individu, une « anomalie » n'est pas nécessairement une maladie.

Ainsi en est-il de certaines anomalies chroniques qui peuvent rester totalement inaperçues et sont compatibles avec une parfaite adaptation de l'individu à son milieu. D'autres anomalies (telles l'hémophilie) n'apparaissent comme telles que si le sujet est soumis à certains accidents, tels que des traumatismes qui, seuls, révèlent les troubles de la coagulation sanguine. Mais ne faut-il pas considérer comme « normal » que l'individu puisse se défendre contre de telles agressions du milieu extérieur ? Cependant d'autres anomalies encore peuvent se révéler favorables à la survie des individus dans certaines circonstances. Telle l'anémie à hématies falciformes, qui procure une résistance particulièrement grande au paludisme ; cette anomalie a privilégié la survie des individus qui en étaient porteurs dans certaines régions marécageuses en Afrique noire et dans le Bassin méditerranéen. Elle n'est devenue une maladie que pour les individus qui ont été transplantés dans des régions plus salubres où ils ont eu à subir les inconvénients de l'anomalie, sous forme d'anémie, de dyspnée… D'autres anomalies chromosomiques, tel le mongolisme, ne sont reconnaissables comme telles que par rapport à une norme correspondant au patrimoine génétique le plus répandu.

La constitution d'une norme ne peut donc être considérée par rapport au seul individu, et il faut bien parler de maladie, en se référant à une norme qui est celle de l'espèce et non de l'individu, ce qui est évident surtout quand il s'agit de l'hémophilie ou de l'idiotie phényl-pyruvique, quand le sujet qui en est

atteint est destiné à avoir une existence marquée de souffrances physiques particulières dues à son anomalie. Encore faut-il, à mon sens, aller plus loin que le fait Canguilhem. Car l'anomalie ne peut pas se juger seulement en fonction des dommages qu'elle occasionne à l'individu dans son adaptation au milieu naturel. Ce serait là un point de vue strictement médical, exigeant des autres individus de la même espèce (les autres hommes) une tolérance qu'ils n'ont manifestement pas (et dont il est évident qu'elle n'existe pas chez les autres espèces animales). Bien au contraire, il est manifeste que toute anomalie visible entraîne des manifestations de rejet à l'égard de l'individu porteur de l'anomalie (même si elle prend seulement l'allure d'une particularité raciale) ou bien au moins à l'égard de l'anomalie elle-même (l'action « thérapeutique » étant alors surtout réductrice à l'égard de l'anomalie). Le médecin qui prétend à la plus grande tolérance à l'égard des anomalies et affichera un libéralisme de principe, n'acceptera pas pour autant de bon gré que lui-même ou ses enfants épousent des sujets porteurs d'anomalie ! Aussi le sujet porteur d'une anomalie, même si celle-ci ne lui procure que des inconvénients mineurs dans sa vie « naturelle » et quotidienne, a-t-il à souffrir de l'ostracisme (au moins sexuel) dont il est l'objet, même si cet ostracisme se renverse sous la forme d'une tolérance charitable. Etre anormal, c'est aussi ne pas être conforme à la norme de l'espèce — ou du moins à ses idéaux.

C'est parce que la maladie, et plus généralement tout ce qui est anormal, ne peut être examiné du seul point de vue de l'individu qu'il me paraît nécessaire de reprendre une très importante controverse soulevée par Leriche et reprise par Canguilhem :

« Soit l'exemple d'un homme dont la vie, sans incident pathologique accusé par lui, a été interrompue par un meurtre

ou une collision. Selon la théorie de Leriche, si une autopsie d'intention médico-légale révélait un cancer du rein ignoré de son défunt porteur, on devrait conclure à une maladie, encore qu'il ne se trouverait personne à qui l'attribuer, ni au cadavre puisqu'il n'en est plus capable, ni rétroactivement au vivant d'autrefois qui ne s'en souciait pas, ayant fini sa vie avant le stade évolutif du cancer où, selon toute probalité clinique, les douleurs eussent enfin crié le mal. La maladie, qui n'a jamais existé dans la conscience de l'homme, se met à exister dans la science du médecin. Or, nous pensons *qu'il n'y a rien dans la science qui n'ait d'abord apparu dans la conscience,* et qu'en particulier, dans le cas qui nous occupe, c'est le point de vue du malade qui est au fond le vrai. Et voici pourquoi : médecins et chirurgiens ont une information clinique et utilisent parfois aussi des techniques de laboratoire qui leur permettent de savoir malades des gens qui ne se sentent pas tels. C'est un fait. Mais un fait à interpréter. Or, c'est uniquement parce qu'ils sont les héritiers d'une culture médicale transmise par les praticiens d'hier que les praticiens d'aujourd'hui peuvent devancer et dépasser en perspicacité clinique leurs clients habituels ou occasionnels. Il y a toujours eu un moment où, en fin de compte, l'attention du praticien a été attirée sur certains symptômes même uniquement objectifs, par des hommes qui se plaignaient de n'être pas normaux, c'est-à-dire identiques à leur passé, ou de souffrir. Si aujourd'hui la connaissance de la maladie par le médecin peut prévenir l'expérience de la maladie par le malade, c'est parce que, autrefois, la seconde a suscité, a appelé la première. C'est donc bien toujours en droit, sinon actuellement en fait, parce qu'il y a des hommes qui se sentent malades, qu'il y a une médecine, et non parce qu'il y a des médecins que les hommes apprennent d'eux leurs maladies. L'évolution historique des rapports entre le médecin et le

malade, dans la consultation clinique, ne change rien au rapport normal permanent du malade et de la maladie[11]. »

La critique de Canguilhem est parfaitement irréfutable en ceci qu'elle renvoie le médecin à sa dette envers le malade, et si ce n'est la dette qu'il a envers le malade dont il a à s'occuper, du moins à la dette qu'ont contractée antérieurement ses aïeux envers les malades qui sont venus en *demandeurs*. Canguilhem ne cesse de montrer ce qu'est la dette de toute la pathologie et de la biologie à l'égard de la constante pression de la demande des malades ; j'ai déjà dit que je ne pouvais qu'y souscrire parce qu'elle est historiquement vraie, et ne peut que nous inciter à faire la critique du mythe de la recherche pure et désintéressée, que s'attribuent volontiers le savant, et même le médecin, malgré l'évidence de ce que lui apprend sa pratique.

Les prises de position de Leriche ont eu pour leur part l'immense mérite d'attirer l'attention du public médical sur le fait que la souffrance existe indépendamment d'une maladie médicalement repérable. Car il est vrai que dans l'ordre du discours médical, la souffrance est identifiée à la douleur, et la douleur est prise comme symptôme, ou pour mieux dire un signal, ou un indice. Or la souffrance, dit-il, n'est pas la même chose que la maladie, car si elle peut être un signal, elle est un signal trompeur. « La douleur n'est pas dans le plan de la nature. » Ainsi la maladie se définit-elle autrement. « La maladie est ce qui gêne les hommes dans l'exercice normal de leur vie » et « La santé, c'est la vie dans le silence des organes ». Cette très vive prise de position de Leriche contre une iatrocratie qui tend à dénier au malade le droit de se référer d'abord à ce qu'il éprouve, a permis en particulier de préconiser certaines interventions médicales et chirurgicales qui, sans viser à obtenir la guérison de la « maladie » au sens médical du terme n'en apportaient pas moins un grand soulagement physique

aux intéressés. Leriche a ainsi été amené à faire une distinction entre « La maladie du médecin » définissable à partir de critères médicaux, et « La maladie du malade », celle qui est éprouvée comme telle par lui.

On peut toutefois se demander si ce ne sont pas là des positions de principe, destinées à résoudre une difficulté pratique. Il n'en reste pas moins que, pour l'essentiel, les médecins ne se rallient pas aux idées de Leriche. Les interventions palliatives et antalgiques qu'ils sont conduits à pratiquer ne sont perçues par eux que comme des aspects mineurs de leur profession. Ils ne concèdent pas volontiers que la physiologie pathologique est « une autre allure de vie » et ils considéreraient faire une faute professionnelle s'ils ne mettaient pas tout en œuvre pour rétablir une physiologie « normale ». A l'inverse, celui qui accuse souffrance et douleur sans qu'aucun diagnostic puisse être posé n'est pas considéré par eux comme « un vrai malade », et ils le classent dans le fourre-tout de la psychiatrie et de la psychosomatique, en se bornant à lui fournir des remèdes de misère, car ils n'ont pas les moyens de faire autrement.

Le point de vue développé par Canguilhem fait également difficulté, car il est patent qu'en fait, l'homme porteur d'un cancer du rein, dans l'exemple cité par lui, serait indiscutablement considéré comme malade par tout médecin, et qu'il n'y a pas lieu d'opposer « le point de vue du malade qui est au fond le vrai ». Nous pourrions retourner à Canguilhem son argumentation en lui demandant ce que peut être le point de vue de ce « malade » (c'est lui qui le nomme ainsi) puisqu'il n'y a personne pour le soutenir, ni le mort qui ne le peut, ni l'intéressé avant sa mort, puisque personne ne l'interrogeait sur sa santé. *Finalement, au discours médical sur le cancer du rein ne s'oppose que l'absence de tout discours de la part du « malade ».* Or, il n'est guère douteux que si celui-ci en avait été informé,

par exemple à l'occasion d'un examen médical systématique, comme cela se pratique actuellement couramment, l'intéressé se serait rallié à l'opinion médicale. Comme Canguilhem, Leriche écrit : « La notion s'impose que la maladie de l'homme malade n'est pas la maladie anatomique du médecin. Une pierre dans une vésicule biliaire atrophique peut ne pas donner de symptômes pendant des années et, par conséquent, ne pas créer de maladie, alors qu'il y a état d'anatomie pathologique (...). Sous les mêmes dehors anatomiques, on est malade ou on ne l'est pas (...). On ne doit plus escamoter la difficulté en disant tout simplement qu'il y a des formes silencieuses et larvées de maladies : ce n'est là que verbalisme. La lésion ne suffit peut-être pas à faire la maladie clinique, la maladie du malade. Celle-ci est tout autre chose que la maladie de l'anatomo-pathologiste. »

Il me paraît qu'au contraire, c'est ici le point de vue de Leriche comme celui de Canguilhem qui sont artificiels, car ils supposent que le médecin aurait une information sur le malade sans que ce dernier ait été examiné par lui et, même si cela était possible, encore faudrait-il que le médecin se croie déchargé de l'obligation d'en informer le malade. Car, après tout, il reste à apprécier si un calcul vésiculaire indolore, une appendicite chronique ne risquent pas de s'aggraver un jour et loin de tout secours médical possible. Il est certain que le « malade » dans ce cas serait en droit de reprocher au médecin de ne pas l'avoir mis en garde. D'ailleurs, il est remarquable que les intéressés se rallient en pratique toujours au point de vue du médecin, et qu'ils acceptent de se soumettre aux examens et au traitement proposés presque aussi souvent que si la maladie leur procurait une gêne effective. N'acceptent-ils pas d'ailleurs même ces traitements purement préventifs que sont les vaccinations ? Ce qui est le plus remarquable, au fond, c'est qu'*il n'y a pas de*

point de vue du malade, dès que le médecin s'est prononcé. Au plus, c'est un refus de l'avis médical qui se trouve alors opposé déni à l'égard de la compétence du médecin ou à l'égard de la médecine tout entière, mais ceci est pratiquement indépendant des souffrances subjectives éprouvées par l'intéressé.

C'est la notion de conscience morbide qui est à mettre en cause et celle-ci ne peut être considérée indépendamment de l'évolution du discours médical. Canguilhem écrit et souligne : « Il n'y a rien dans la science qui n'ait d'abord apparu dans la conscience[12]. » Mais cette conscience évolue avec les progrès de la science. S'il est vrai que c'est la demande elle-même du malade qui est, en un sens, la première, encore faut-il ajouter que la demande ne peut exister et se formuler qu'en fonction de l'espoir qu'a le malade que quelqu'un en sache plus que lui-même et puisse lui venir en aide. Ce qui est premier, c'est sans doute la souffrance du malade, mais non pas sa demande qui suppose l'existence d'un savoir médical, si embryonnaire soit-il. Du reste, la demande au médecin peut être faite ou suscitée par un ami, un parent (pour les enfants surtout), et même par les pouvoirs publics. Que la maladie reste pour l'essentiel l'affaire de celui qui en est porteur, c'est une constatation de simple bon sens, mais dont on doit se méfier à ce titre. Elle n'indique rien d'autre que le fait que le malade est affecté de ce qui lui arrive. L'affirmation que le malade reste libre de se faire ou non examiner, d'accepter ou non un traitement ne dépasse pas l'affirmation d'un principe. Cette liberté ne s'exerce en fait que dans les circonstances où le savoir médical reste très incertain. Pour l'essentiel, le discours médical vise à déposséder le malade, de sa maladie, et si possible à l'en débarrasser.

C'est toujours en vain que la médecine a pu tenter, pour d'excellentes raisons, philosophiques ou humanitaires, de se dissocier d'une ontologie de la maladie. Certains médecins ont tenté de séparer les « maladies nécessaires » des « maladies accidentelles » (Renault). D'autres ont parlé de « maladies de relais » qui protègent les vieillards. La médecine homéopathique fait grand cas de ces tendances morbides qui accompagnent un homme durant toute sa vie. Mais tout ceci reste marginal par rapport au discours médical et n'en infléchit pas le cours.

Au XIXe siècle, le combat antiontologique et antinosologique a été l'œuvre de biologistes et de philosophes plus que de médecins. Laënnec restait sous l'influence de Pinel. Et Broussais, s'il fut séduit par Cl. Bernard et A. Conte, s'est attiré l'hostilité du corps médical. Sans doute, les notions de « sympathie » et d' « irritation » n'éveillaient-elles guère d'échos dans les milieux médicaux, mais c'est surtout sa lutte contre toute classification qui allait à l'encontre de la tradition médicale. Récemment, Mondor[13] le traitait de « médecin ivre de tréteaux (...), vaniteux et bruyant charlatan (...) ses astuces, son impudence, sa verbeuse combativité ses erreurs déclamatoires (...) son aplomb d'illusionniste ». M. Foucault[14], qui rapporte ces propos, dit de Mondor : « L'imprudent n'avait pas lu les textes, ni bien compris les choses. » Je n'en suis pas si sûr : les attaques dont Broussais a été l'objet de la part des médecins tiennent au fait que la médecine ne consent pas volontiers à se laisser déposséder de son objet. Les études portant sur l'homme restent marginales par rapport à la médecine. Celle-ci n'est pas une anthropologie, même matérialiste. Les médecines, autres qu'occidentales, et la nôtre jusqu'au XVIIIe siècle ont pu se développer dans une ignorance à peu près totale du corps humain. On ne peut leur dénier pour autant ni leur scientificité, ni leur efficacité.

Même aujourd'hui, le retour au concept de maladie est inévitable. Quel que soit l'intérêt de l'étude des modifications quantitatives que peuvent subir les constantes biologiques, *la maladie reste un fait qualitatif*. Elle témoigne de ce que l'organisme n'est plus capable, au moins temporairement, d'assurer le maintien de ses constantes biologiques et ceci est le fait qui justifie l'intervention médicale, en postulant que le savoir médical est capable d'assurer ce que l'organisme ne sait plus faire. La relation médecin-malade se fonde sur un tel constat. Celui-ci déborde l'appréciation subjective par l'intéressé de son état de santé. Comme la plupart des organes ne fonctionnent habituellement qu'au 1/4 ou au 1/8 de leurs possibilités, une maladie peut rester inaperçue pendant un temps très long. L'organisme n'en est pas moins déjà incapable d'assurer sa lutte contre la maladie (agression microbienne — tumeur) qui se développe.

C'est porter un « jugement de valeur », comme l'écrit Henri Ey, que de décider si quelqu'un est malade ou en bonne santé, normal ou anormal. Et à ce tribunal, le seul juge qui soit en définitif reconnu, c'est le médecin, toute autre personne étant à priori suspecte d'incompétence et plus encore de partialité, surtout le malade qui ne peut être à la fois juge et partie. L'ordre médical est du ressort de la science, mais il est aussi et d'abord un ordre juridique. C'est lui qui décide des cas et des interventions nécessaires, comme c'est lui qui décrète d'un non-lieu quand il écoute ceux qui souffrent, même s'ils souffrent seulement de n'être pas reconnus comme malades. En constituant la maladie comme une entité, le médecin en dépossède le malade pour la faire entrer dans son champ propre. C'est ainsi que nous devons comprendre la phrase de Leriche : « Si l'on veut définir la maladie, il faut la déshumaniser. »

NOTES

1

Hamburger, *La Puissance et la Fragilité, op. cit*. p. 59.

2

M. Foucault, *Naissance de la clinique, op. cit.,* p. 125 et s.

3

J. Bodin, *De la démonomanie des sorciers,* Anvers, 1593, Livre quatrième, p. 358.

4

J. Wier, *De praestigis dœmonium et incantationibus et veneftciis,* livre 111, Paris, 1569.

5

Sydenham, *Médecine pratique,* Paris, 1784, t. I, p. 124-125 (trad. Jault).

6

Ibid., t. I, p. 88.

7

G. Canguilhem, *Le Normal et le Pathologique, op. cit.,* p. 61.

8

Maret, *Mémoire où on cherche à déterminer quelle influence les mœurs ont sur la santé,* Amiens, 1771.

9

Lanthenas, *De l'influence de la liberté sur la santé,* Paris, 1792, p. 8.

10

Tissot, *Essai sur la santé des gens du monde,* Lausanne, 1770, p. 8-12.

11

G. Canguilhem, *op. cit.,* p. 53.

12

Ibid., p. 53.

13
H. Mondor, *Vie de Dupuytren,* Paris, 1945, p. 176.
14
M. Foucault, *Naissance de la clinique, op. cit.,* p. 179.

9

Savoir — secret — sacré sujet supposé savoir

A Taxila, aux Indes, l'enseignement de la médecine est celui de la « sagesse de la vie ». Qu'il existe une sagesse de la vie, c'est ce dont on ne saurait douter, puisque la vie assure sa continuité, puisque *l'instinct est d'abord un savoir* permettant à l'individu d'assurer sa propre conservation, à l'espèce sa perpétuation : savoir précis déchiffré par les biologistes, et qui justifie les comportements complexes observés dans certaines espèces animales et végétales. Savoir douteux, cependant, parce que, toujours, ce sont les solutions les plus favorables à la survie de l'espèce qui sont retenues contre les solutions les meilleures pour l'individu ; et ce savoir-là lui-même est mis en défaut puisque des espèces animales ou végétales elles-mêmes peuvent disparaître au cours de l'évolution. L'ordre auquel obéit la nature nous est inconnu et peut seulement être supposé. Le respect de l'ordre naturel suppose qu'on accepte la disparition de l'individu et même de l'espèce dans une interprétation religieuse et cosmogonique du monde où une théorie de la réincarnation, en particulier, fait accepter à l'individu sa disparition. Ce sont là des considérations respectables sans doute,

mais qui sont liées à une philosophie qui nous reste fondamentalement étrangère.

La médecine occidentale, au contraire, est résolument humaniste et impose de préserver la survie de l'individu aux dépens du reste du monde, et même aux dépens de l'espèce. Le coût croissant des prestations dites sociales, par exemple, ne cesse de nous montrer que ce « aux dépens de l'espèce » s'exprime effectivement en termes de dépenses. L'option est claire et elle est un défi à l'ordre « naturel », en ceci qu'elle assure la survie et la reproduction d'individus que la sélection naturelle aurait impitoyablement éliminés en raison de leurs tares et leur inaptitude à s'adapter. Biologistes et généticiens n'ont pas manqué de s'en alarmer, sans pouvoir pour autant cesser de continuer à travailler dans un sens antisélectif, sous peine de préconiser une utilisation raciste de leur science, qui justifierait en particulier l'élimination physique ou au moins la stérilisation des individus non conformes à l'idéal de la race.

Le savoir médical n'est pas innocent d'options politiques qui ne concernent pas seulement l'avenir d'une nation mais celui de l'humanité. Il ne paraît pas possible de dissocier son développement et son essor de celui de l'humanisme hellénique d'abord, et de sa reprise à l'époque de la Renaissance. Le savoir médical est au service d'un certain humanisme, en même temps qu'il est un de ses éléments constituants. La « scientificité », l'objectivité du médecin, donne un regard sur l'individu, en le définissant comme normal, ou anormal, et impose une option : assurer la survie à tout prix de l'individu ou l'élimination de ceux que la médecine peut sélectionner en fonction des critères qu'elle constitue.

La dramatisation qu'ont imposée certains faits nationaux et internationaux tels que le fascisme ne suffit pas à démontrer que l'humanité a fait son choix et a résolu les problèmes que les

progrès de la médecine permettent seulement de commencer à poser. Les effets du discours médical ne sont sensibles que depuis une époque très récente, le problème n'en est pas moins posé depuis qu'existe le discours médical. Peu suspect de complaisance envers la religion, Hippocrate disait déjà que les médecins sont des « hommes sacrés », et nos contemporains considèrent aussi volontiers la médecine comme un « sacerdoce », malgré le peu d'ascèse de fait que réclame l'exercice de cette profession. C'est bien en effet parce que le savoir médical n'existe et ne se supporte que d'un discours qu'il ne peut prétendre à l'innocence de la pure objectivité scientifique et ordonne le rapport d'un homme (le médecin en tant que fonctionnaire du discours médical) à un autre homme, le malade. Les prises de position qui en découlent n'ont rien à voir avec un savoir naturel, une « sagesse de la vie ». Elles instituent un autre ordre des choses qui s'apparente à ce qu'institue un ordre religieux.

Le savoir médical fonctionne dans la méconnaissance du discours qui le constitue : « Les hypothèses passent, l'observation reste : un coup d'œil jeté sur notre art nous le représente comme une immense colonne s'élevant au milieu des siècles, d'un côté sur la base toujours intacte des faits observés, de l'autre au milieu des ruines éparses des opinions humaines[1]... » Cette représentation pompeuse et naïvement phallique du bien commun des médecins constitue, dans la plus pure tradition médicale, le don d'observation comme la vertu par excellence du médecin ; et elle se fait dédaigneuse des opinions humaines même médicales, c'est-à-dire pour l'essentiel : les théories. Le corpus du savoir n'est à considérer qu'en lui-même, indépendamment de ce qui l'a rendu nécessaire et seulement possible.

Seule sa cohérence le justifie, et sa portée signifiante sur les rapports humains est une incidence seconde, pour ne pas dire secondaire. Parallèlement, ce qui a produit ce savoir est ignoré, ou du moins ne fait l'objet d'aucune étude scientifique. L'explication par le don d'observation, le génie des grands médecins coupent court à toute autre évaluation du processus de la découverte. Au fond, cette explication qui n'en est pas une, mais facilement acceptable parce que flatteuse pour les médecins, se satisfait d'un pragmatisme qui ne fait pas la place belle à la théorie, en la réduisant au rôle de support contingent et idéologique de la pensée. La médecine, comme la science en général, n'est pas loin de penser que son progrès est dû à une succession d'essais, d'erreurs, le mérite du corps enseignant étant d'avoir retenu, enregistré, transmis les seules réussites aux générations suivantes.

Par là, le savoir capitalisé par le corps médical est un savoir universitaire, et se fait gloire de n'être pas l'apanage d'un seul homme. Ainsi, loin de viser à former des médecins possesseurs de tout le savoir médical, c'est à imposer une juste relation au savoir que visent les études des médecins. Une récente enquête[2] indiquait que 92 % des médecins et 91 % des étudiants en médecine estiment que les études les préparent insuffisamment à l'exercice de leur profession : ce qui signifie pratiquement 100 %, si l'on tient compte du fait que certains médecins sont très étroitement spécialisés, d'autres peu exigeants, d'autres encore présomptueux. Et on en conclut hâtivement que les études médicales sont mal conçues, trop centrées sur les « sciences fondamentales », de peu d'utilité en pratique. Les études médicales n'ont pourtant pas à être critiquées de ce point de vue, car ce serait méconnaître qu'elles ont une tout autre visée que de former de « bons » praticiens. Elles visent d'abord à inculquer une certaine idée sur le savoir médical. Le

plus important est d'apprendre aux médecins qu'ils ne peuvent tout savoir, et de les distancier d'un savoir pragmatique, savoir empirique et savoir-faire qui pourraient en imposer pour un vrai savoir. Il faut donc surtout que l'étudiant apprenne que le savoir médical est ailleurs que dans ce qu'il a pu retenir. Il apprendra aussi que ce sont d'autres qui en sont les dépositaires. G. Duhamel[3] a pu écrire : « Fils de médecin, médecin moi-même, père et oncle de médecins, j'ai le droit et le devoir de me demander, à certaines heures, ce que je dois à la médecine... Elle m'a, tout d'abord, inspiré le sens de la subordination, le respect du maître et de la juste hiérarchie. L'enseignement de la médecine, en France, est encore régi par de vénérables et sages coutumes. A l'école et à l'hôpital, il se fait sous la direction d'hommes éprouvés qui ont manifesté leurs vertus au long de nombreuses épreuves, et qui entretiennent avec leurs élèves des relations personnelles fréquentes, prolongées. On les nomme encore des “patrons”. L'étudiant ne les appelle pas mondainement “mon cher maître” ; il dit, tout court, “Monsieur”, mais il prononce ce simple mot d'une manière qui ne saurait tromper personne... »

On aurait tort de ne lire dans ce texte, qui devrait figurer dans une anthologie de l'idéologie médicale, que la glorification de la structure féodale de la hiérarchie qui règne dans le corps médical. Car il ne suffit pas de dénoncer les « erreurs » des études médicales, le paternalisme de ceux qu'on nomme justement les patrons à l'égard des simples praticiens. C'est du rapport de chaque médecin au savoir médical qu'il s'agit. De même que le malade est dans la position de « celui qui ne sait pas » devant quelqu'un qui est le représentant et le fonctionnaire du savoir, chaque médecin a au-dessus de lui un sujet supposé en savoir plus que lui-même. Disons bien « supposé », car la hiérarchie n'a pas de limite vers le haut, et il y a toujours

un médecin (étranger si possible), une publication passée ou à venir qui aura le savoir où doit pouvoir s'inscrire l'inconnu de la maladie. Par là, l'angoisse dont toute maladie est porteuse est réductible à un défaut de savoir, défaut que les équipes de recherche tendent à combler. Au *corps du malade* qui n'assure plus sa cohérence propre, sa normativité, est opposable un *corps de savoir* dont la cohérence est fournie par la scientificité, et ce corps de savoir est lui-même le bien d'un *corps médical* non dissociable en chacun de ses éléments.

Chaque médecin particulier n'est que l'un des représentants du savoir médical ; il en est le fonctionnaire, puisque sa fonction est de l'interpréter et de l'appliquer. L'idéal de la relation médecin-malade comporte autant l'anonymat du médecin que celui du malade. Le médecin peut se faire remplacer, même dans ce qu'il est convenu d'appeler encore la pratique libérale. Et à l'hôpital, il est particulièrement clair que le malade ne choisit pas son médecin, que l'un succède à l'autre au gré des horaires et tours de garde de chacun. Si la sensibilité du malade en souffre, c'est une autre affaire, et sans doute tente-t-on parfois de s'en aviser. Mais il ne vient pas à l'idée du corps médical que le travail proprement médical en pâtit, bien au contraire, puisque cette présence de fait de plusieurs médecins ne peut que pallier les erreurs et carences éventuelles de l'un ou l'autre d'entre eux. De plus en plus, le malade a affaire soit à un cabinet de groupe, soit à une équipe de médecins qui se consultent et se renvoient les malades en fonction de leurs spécialités, et quand il est hospitalisé, il va dans un « service » qui sans doute porte le nom d'un « patron », mais il est probable que le malade ne verra jamais le responsable du service, et aura affaire à un groupe de médecins, assistants, internes, externes, qui délèguent et entremêlent leurs responsabilités, l'un signant ce

que l'autre aura ordonné en fonction d'examens pratiqués par un troisième, un quatrième, etc.

En définitive, le mythe se constitue de plus en plus d'un corps de savoir qui pourrait et devrait être réuni dans un ordinateur ayant capitalisé tout le savoir (ce qu'on ne saurait espérer d'aucune mémoire humaine), mythe expressément énoncé parfois[4]. Le médecin y jouerait le rôle du servant apportant à la machine les informations, et sans doute assurerait-il aussi le rôle de *public-relations* de la machine. Que ce rêve, qui peut tout aussi bien être considéré comme un cauchemar, puisse se matérialiser en partie dans un avenir proche, c'est ce qui ne doit pas nous empêcher de le considérer comme un mythe.

Le mythe, c'est celui d'un « tout savoir », d'un « *savoir absolu »,* qui permettrait d'accéder à un savoir total sur le corps malade. Mythe assez prégnant pour que les médecins, participant à ce mythe général de la science, cessent de s'interroger sur ce qui constitue ce savoir et sur sa méthodologie. En se limitant à faire la comptabilité du savoir accumulé, c'est à sa finalité (le savoir absolu) que la médecine se réfère ; elle donne une interprétation téléologique de sa constitution progressive. Et ainsi n'y a-t-il pas à proprement parler une histoire de la médecine, et les médecins sont plus portés à parler de l' « évolution » et du « progrès » de leur science et de leur art. Ils en admettent les aspects anecdotiques, pittoresques, mais ceux-ci sont toujours contingents au regard de cet aboutissement final qu'est un savoir totalisateur vers lequel ils ne doutent pas que tendent les recherches entreprises ici et là ; tâtonnantes et erratiques autrefois et dans les cultures non occidentales, cohérentes et organisées depuis quelques siècles, en relation avec l'achèvement de la suprématie de la science. « Le temps, comme le remarque justement Dominique Lecourt[5], ne fait rien à l'affaire. Ou plutôt : le temps ne peut intervenir que sous la forme du

retard et de l'*anticipation*. L'histoire de la science n'est qu'un développement, au mieux une évolution qui mène la connaissance de l'erreur à la vérité ; où toutes se mesurent à la dernière parue. »

A considérer qu'il n'y a finalement pas d'autre référence que ce savoir absolu et totalisateur, que toute connaissance médicale n'est à évaluer qu'à la mesure de sa cohérence avec le discours médical, la médecine se ferme sur elle-même dans un *positivisme* d'autant plus rigoureux qu'il néglige même de l'énoncer en termes philosophiques. Si elle se soumet à la critique, c'est seulement à la critique interne, et elle ne reçoit les éléments étrangers qu'en les réduisant à ce qui n'entame pas sa logique propre. On s'imagine aisément ce que cette exigence a nécessité au cours des siècles d'ignorance systématique des savoirs partiels, remèdes de bonne femme et de guérisseurs, de charlatans et de sorcières, médecines étrangères ou exotiques, dont les expériences et recettes, après avoir suscité un mouvement de curiosité, ont finalement été rejetées sous le chef de diableries, sorcelleries, pratiques magiques ou superstitieuses. On ne s'y intéresse de nouveau, et combien peu, qu'en raison de la conviction acquise que tout ceci est intégrable dans une science parvenue à une maturité suffisante pour pouvoir tout expliquer. Et sans doute on s'attend à voir l' « herbe » utilisée empiriquement avouer à la science son alcaloïde ; mais si elle n'en contient pas, se fiera-t-on aux témoignages de ses utilisateurs ? L'assurance avec laquelle on explique l'acupuncture en terminologie d'arcs réflexes, théorie toujours en honneur pour la circonstance, ignore délibérément que la médecine chinoise se fonde sur l'opposition d'un principe mâle et d'un principe femelle, et qu'elle s'est toujours désintéressée de l'anatomie et de toute localisation précise pour l'application des aiguilles. Mais n'est-on pas allé jusqu'à

justifier la médecine « coprologique » de l'Antiquité égyptienne par une connaissance intuitive de l'action des antibiotiques présents dans les excréments ! Cette récupération de recettes et de pratiques, sans aucun doute plus complexes, dans ce qu'en peut comprendre la médecine contemporaine, témoigne surtout du désintérêt des médecins à l'égard des tentatives originales.

Sur ce qui est perdu, ignoré par la médecine contemporaine, il y aurait beaucoup à dire, ou plutôt à énumérer, et les médecins ne manquent certes pas d'observer en de nombreuses circonstances que quelque chose leur échappe concernant ce qu'il en est du rapport entre l'évolution des maladies, leur apparition et leur disparition même, et ce qu'ils ne peuvent que situer dans le cadre confus du « moral », dans le fourre-tout du « facteur psychique ». Mais ici réside ce qui n'est pas intégrable dans un projet proprement scientifique où le savoir s'identifie au savoir du prévisible. Sur ce qu'il en est du désir et de la jouissance, il n'y a nulle possibilité d'un savoir totalisateur, nulle maîtrise possible, et rien ne peut être dit dans les termes d'un discours médical où le savoir est indissociable du pouvoir qu'il procure. Aussi la médecine reste-t-elle radicalement ignorante non seulement de la sexualité comme on l'a dit souvent, mais aussi de la mort comme telle (se limitant à n'en connaître que les voies par lesquelles on y accède), et des fonctions vitales essentielles (nutrition, respiration, motricité…) en tant qu'elles sont source de jouissance et de souffrance, et signifiantes à ce titre. Ainsi le savoir médical est-il remarquable autant par ce qu'il déconstitue que par ce qu'il instaure.

L'effacement de la dimension subjective de la souffrance au profit de la dimension objective du savoir institue une sacralisation. On n'offre plus ses souffrances au Seigneur, mais on les offre à la science. Au moment où le corps, démantelé dans son

aptitude à assurer sa défense, à être un objet de jouissance pour soi-même et pour l'autre, peut encore survivre quelque temps comme constitué dans le langage médical, comme constituant de son discours par ce en quoi il est susceptible d'être matière d'enseignement. Le paysan qui répugnait à recourir au médecin quand il était malade, faisait appel à lui au moment où la mort devenait certaine. Aujourd'hui encore, on peut laisser une maladie sans soins, mais on ne meurt pas sans le « secours médical ». Présence rituelle, et actes rituels. Devant celui qui va mourir, il y a toujours certains gestes qui restent à accomplir, même si personne, ni l'intéressé, ni la famille, ni le corps médical ne croient en leur efficacité. On ne consent pas à baisser les bras, à faire l'aveu d'une impuissance, d'une défaite. Puisqu'il faut mourir, autant mourir dans l'ordre. S'il n'est pas vrai qu'avec les médecins « le malade meurt guéri », par contre il est vrai que, quand il meurt dans l'ordre, l'Ordre médical, quand on sait ce qui l'a tué, quelque chose est gagné sur la mort : Un point a été marqué pour les futures luttes de l'humanité contre le destin. On reste stupéfait de la docilité avec laquelle les mourants, et les familles des mourants, particulièrement des enfants voués à la mort, acceptent qu'on prolonge leurs souffrances. Quelque chose se renoue avec le *sacrifice* humain que nos religions réprouvent. La sacralisation de la souffrance et de la mort les inscrit dans la symbolique du discours médical et la transcende. Que les médecins s'en défendent en prétendant que rien ne doit être fait au nom de la science qui soit au détriment du malade ne change rien à l'affaire. La pratique quotidienne (au moins du refus de l'euthanasie, en prétextant de la loi sur le refus d'assistance à personne en danger de mort, ou en invoquant même les incertitudes du savoir médical) accomplit la sacralisation de la maladie que constitue son inscription aussi précise que possible dans

le discours médical. Implacablement, sauf exceptions qui font figure de transgression. Du reste, pourquoi s'en offenser quand on attend tout aussi bien des sacrifices individuels à la cause de la patrie ou à la cause révolutionnaire ? Le sacrifice personnel à la cause de la science est d'autant plus facile à obtenir qu'il est demandé à quelqu'un qui se pense de toute façon perdu.

Cette fonction sacralisante, la médecine ne la doit pas seulement à ses origines. Les Asclépiades étaient encore des temples où la divinité était implorée ; déjà c'étaient des hôpitaux. Mais l'hôpital est devenu le temple moderne, celui de la science. On y vient pour y naître, pour y souffrir et pour y mourir. Il est vrai que personne ne se prive de contester la médecine, et même le principe de toute médecine. Ivan Illich[6], entre autres, s'y est employé avec force et talent. Mais qu'importe, puisque, le moment venu, c'est-à-dire devant la mort, la maladie… ou même devant une très banale parasitose ou une migraine, qui résisterait à se servir du savoir médical quand il est manifestement actif ? On peut mesurer alors que les prises de position les plus vigoureuses fléchissent quand on est confronté aux réalités de la maladie. A quoi aboutissent les réfutations les plus vigoureuses, sinon à conseiller un peu de prudence… c'est-à-dire à rejoindre le vieil adage médical, *Primum non nocere ?* L'incrédulité a peu de poids du moment qu'on finit par accomplir les rites. Leur observance constitue l'allégeance et le salut en découle. A force de prendre de l'eau bénite (en vente dans les pharmacies), la foi finit par venir. La médecine accomplit assez de miracles pour qu'on n'en puisse douter. Pourtant c'est bien à tort qu'on croit que le principal argument en faveur de la médecine tient à ses succès patents dont on dit trop volontiers qu'ils ne datent que de quelques décennies. C'est la *promesse du succès,* qui est promesse d'un *« plus de jouir »* qui constitue la justification de la médecine, promesse qui ne concerne pas

l'individu seulement, mais toute l'humanité dans les générations futures. Tout un avenir nous est promis où l'homme, entre ses séjours à l'hôpital (inévitable puisqu'il y aura au moins sa naissance et sa mort) sera systématiquement examiné, radiographié, vérifié, pourvu de régimes et de traitements préventifs qui lui assureront la *sécurité,* sécurité individuelle et sociale. Le bonheur est prévisible dans cet univers sans risques. La sexualité elle-même devra s'y inscrire. On s'y emploie. Le *Rapport Kinsey* et le *Rapport Simon* constituent les bases « scientifiques » des monuments de pédantisme qu'on prépare pour notre « hygiène » sexuelle. S'il est des esprits chagrins pour s'en offenser, ne sont-ils pas quelque peu malades (mentaux) ? A eux sont réservés les mérites de la psychothérapie. N'est-ce pas déjà sous le nom de « psychothérapie » que la Grèce chrétienne appelait l'action de convertir les païens ?

La médecine fait des miracles. Mais elle s'en méfie. De même l'Église refuse-t-elle les siens quand ils sont sans signification spirituelle, car ils sont suspects d'être l'œuvre de l'hérésie ou de l'action du diable. Les miracles de la médecine sont aussi toujours suspects d'être l'œuvre de la vile suggestion quand ils ne sont pas interprétables dans son ordre, ou même quand ils relèvent d'une compréhension trop vulgaire. C'est pourquoi les empiristes, rebouteux, guérisseurs, chirurgiens-barbiers, tous ceux qui peuvent être jugés sur pièces ont toujours constitué une caste à part dans le milieu médical, une caste méprisée. On retrouve une distinction analogue dans presque toutes les médecines ; il y avait les vrais médecins, souvent prêtres, qui avaient le savoir véritable, ésotérique, souvent religieux ou magique, le *Xabu* (Égypte), l'*Asijutu* (Babylone), le *Won* (Chine), l'*Echuri* (Incas), le *Simana* (Tarasques), le *Tetlamicailique* (Natuatl). Et d'autre part, les praticiens guérisseurs, le *Swan* (Égypte), l'*Asutu* (Babylone), le *Yi* (Chine), le *S ncoyoc*

(Mexique), le *Xerhica* (Tarasques), le *Ahmen* (Mayas), le *Ticil* (Aztèques)[7].

L'ésotérisme et le caractère religieux du savoir médical sont constamment affirmés. Les médecins doivent le préserver car « ils tiennent des Dieux les principes qu'ils nous ont transmis. » La prestation du Serment, si curieuse que soit cette pratique dans notre société, reste exigée pour la pratique de la médecine. Le serment dit explicitement : « Je mettrai mon maître de médecine au même rang que les auteurs de mes jours, je partagerai avec lui mon avoir et, le cas échéant, je pourvoirai à ses besoins ; je tiendrai ses enfants pour des frères et s'ils désirent apprendre la médecine je la leur enseignerai, sans salaire ni engagement. Je ferai part des préceptes, des leçons orales et du reste de l'enseignement à mes fils, à ceux de mon maître, et aux disciples liés par un engagement et un serment suivant la loi médicale, mais à nul autre[8]. » Le mode de fonctionnement et de recrutement des médecins ne s'est guère modifié depuis des millénaires. Le népotisme continue de régner largement dans les services hospitaliers. Il y a des familles médicales, de père en fils et en neveux, si ce n'est en gendres. Il y a surtout la grande famille médicale. Dans un service, le « patron » mérite bien ce nom. Il est paternel, assure débouchés et prébendes à ses protégés, non sans raisons, bien souvent, car ce n'est pas la sélection opérée par la Faculté et les concours hospitaliers qui est bien convaincante.

La protection du secret est corollaire de la mise en place du savoir. S'il y a secret c'est qu'il y a savoir, et savoir effectif. On ne cache que ce qui est précieux et possède un pouvoir. Nécessité bien évidente à l'époque où le savoir médical était bien mince. Quand Hippocrate dit de ce savoir : « Il est interdit de le divulguer au profane[9] », on soupçonne qu'une intention purement corporatrice pouvait inciter à ne pas trop révéler le peu de

substance d'un savoir encore embryonnaire. Et quand ce même auteur, si apte à donner une riche description clinique dans un court aphorisme, consacre un long chapitre à la préparation des décoctions d'orge, vilipendant ceux de ses confrères qui préconisent d'autres méthodes, on ne réussit pas à se convaincre que le père de la médecine avait trouvé le remède souverain contre les fièvres, mais plutôt qu'il cherchait à obtenir le consensus du corps médical autour d'une thérapeutique douteuse. La recette, qui est ici de cuisine, soulève des problèmes qui évoquent davantage la cuisine interne d'un corps constitué, mal constitué, que de la discussion scientifique. Il s'agissait sans doute plus de se mettre d'accord sur une politique commune que d'étudier le bien-fondé d'un procédé.

Nos querelles scientifiques contemporaines ont probablement plus de sérieux, mais il n'en reste pas moins vrai que l'aridité d'un langage technique préserve le corps médical de la critique d'un public qui n'en a pas moins le sentiment que les prises de position du médecin relèvent souvent de la mode en vigueur. La lecture des théories médicales tour à tour en faveur est de ce point de vue édifiante et laisse perplexe sur les garanties que nous pouvons avoir concernant ce qui nous est présenté comme solidement et définitivement acquis. Mais le secret, toujours, est justifié par l'affirmation que le profane ne saurait avoir accès aux arcanes d'une discipline chaque jour plus complexe.

Néanmoins, il est bien certain que la protection du savoir médical n'a pas pour fonction essentielle de le mettre à l'abri des critiques que pourraient soulever ses incertitudes et ses échecs. Il s'agit surtout de protéger le fameux *regard médical*. Pour voir, l'œil ne doit pas être vu. Pour légiférer, l'ordre médical ne doit être soumis à aucune loi qui lui serait étrangère. Il n'y a pas de savoir sur ce qui ne se réfère qu'à un

savoir totalisateur et absolu, postulé par une idéologie positiviste.

Ce que la médecine ne peut énoncer, c'est ce qui distingue radicalement son savoir propre de ce qu'on pourrait appeler le *savoir de l'instinct,* ou plutôt, pour éviter ce que le terme d'instinct peut recouvrir d'incertain, voire de mystique, le savoir dont l'organisme est porteur et qui lui permet d'assurer sa conservation et sa reproduction. Savoir très assuré et complexe, même s'il peut être pris en défaut ou fourvoyé ; il est sans nul doute transmis héréditairement et ne se réduit pas à une acquisition par apprentissage ; il n'est pas non plus réductible au savoir des choses, celui qui fait qu'une molécule reconnaît la molécule à laquelle elle va se combiner. Le savoir de l'instinct implique lui-même qu'une sélection s'opère et que seul soit retenu un savoir compatible avec la survie- de l'espèce, et par là même l'assurant. Les travaux des biologistes[10] ont montré l'existence de ce savoir. La génétique peut être considérée pour l'essentiel comme l'étude de la transmission de l'information nécessaire pour la constitution de l'animal (ou de l'homme) adulte, tant sur le plan morphologique que sur celui de ses possibilités d'adaptation et de reproduction — ce qui est, répétons le, un savoir très complexe. On sait que cette transmission peut être mise en défaut, occasionnant mutations et anomalies génétiques.

Ce savoir n'est, de toute façon, pas indentifiable au savoir scientifique, médical en particulier, et tout raisonnement par analogie ne pourrait être que trompeur. Le savoir scientifique n'a pas de support génétique. Il n'a d'autre support que celui du langage. A ce titre, il obéit à ses règles. Au moins peut-on dire qu'il est contenu dans l'*énoncé* du discours scientifique, sans même qu'on puisse en inférer que son *énonciateur* le sait : le copiste, le récitant peuvent transmettre ce qu'eux-mêmes ne

savent pas. Le rêve dit ce que le rêveur ne sait pas ou pas encore. Le poète, le savant, le philosophe ne savent pas toute la portée de ce qu'ils énoncent. Toute formulation, et sans doute une formulation mathématique plus que toute autre, se spécifie de ce que ses implications et ses applications sont multiples du fait de l'interchangeabilité des éléments qui la constituent.

Ainsi la question du savoir dont un texte est porteur n'est-elle pas réductible au savoir de celui qui l'énonce. L'expérience de la psychanalyse, qui est une expérience du discours, est de celles où se révèle avec le plus d'évidence qu'on en dit plus qu'on en sait, et que c'est dans un temps second qu'on découvre ainsi ce que l'on sait. On s'aperçoit qu'on a « trouvé » (au sens où la trouvaille c'est le « trope », la figure de style) une réponse (pas forcément juste) à une question qu'on ne s'était pas posée. La question du sujet glisse du sujet énonciateur du discours au sujet qui est contenu dans le discours lui-même.

L'énonciateur du discours n'en est pas moins *supposé* savoir ce qu'il dit, et ceci plus encore par celui qui l'écoute que par celui qui le prononce. D'où la hiérarchie du savoir particulièrement sensible en médecine. Le malade suppose que le médecin en sait plus que lui (son organisme), le médecin suppose que le spécialiste, le patron en sait plus que lui, et le patron suppose que quelque part (dans l'avenir) existera un savoir totalisateur. Ce qui est constituant de cette hiérarchie, c'est le *« non-savoir »* de l'organisme devant sa « maladie » ; et le médecin se trouve promu au rôle de « Sujet supposé savoir » de ce fait. Le médecin est d'abord « médecin malgré lui », élevé à ce poste intenable par une exigence qui n'est pas la sienne propre, bien qu'il la partage, qui est celle d'une société ayant éprouvé dans les jeux du langage la possibilité d'exercer une maîtrise sur un réel dont l'essence reste pourtant inaccessible.

Ce que Lacan a appelé « la fonction sacrale » du médecin est lié à ce pouvoir du discours, pouvoir de constituer un corpus qui n'est pas seulement de savoir, par où quelque chose se propose et même s'impose à celui qui y a accès. Les psychanalystes ne devraient pas oublier que c'est à cette place, constituée par des générations de médecins, qu'ils sont mis d'abord par leurs patients, quel que soit le désir que ceux-ci peuvent affirmer quant à leur refus d'une médicalisation de ce dont ils viennent de parler. Car il s'agit toujours de trouver ce que l'ordre du discours (de tout discours) permet de modifier dans leur propre destin.

NOTES

1
Bichat, *Œuvre dédiée à Dassault,* cité in Mondor, *Les Grands Médecins,* p. 79.
2
Le Quotidien du médecin, 76.
3
G. Duhamel, « Forme et Couleurs », *Sur la formation médicale,* 1943, n° 3.
4
Hamburger, *La Puissance et la Fragilité, op. cit.* p. 91-96.
5
D. Lecourt, *Pour une critique de l'épistémologie,* Paris, Maspero, 1972, p. 11.
6
Illich, *Némésis médicale : expropriation de la Santé,* Le Seuil, 1975.
7

Histoire de la médecine dans l'Antiquité, op. cit.

8

Inscription du grand amphithéâtre, ancienne Faculté de médecine de Paris.

9

Hippocrate, *Œuvres complètes, Le Serment,* livre 11, Javal et Bourdeaux, 1932, p. 3.

10

Notamment, F. Jacob, *La Logique du vivant ;* J. Monod, *Le Hasard et la Nécessité, op. cit.*

10

« *L'être* » *en souffrance. Le malade*

Ce que le malade ne demande pas au médecin, c'est de guérir : parce que cela va sans dire, parce que la convention implicite de la consultation médicale, c'est que le consultant est malade et qu'il attend du médecin de ne l'être plus. Convention dont on peut douter qu'elle soit effectivement respectée quand le consultant a intérêt à être reconnu malade, en particulier pour échapper à des obligations militaires ou professionnelles ou pour obtenir quelque dédommagement après une maladie ou un accident causé par un tiers. Les médecins répugnent à se prêter à une telle médecine. Non pas parce qu'elle les oblige à suspecter la véracité des propos de leur consultant — ils la suspectent de toute façon — mais parce que la convention implicite de la demande de guérison est remise en cause. La pratique libérale de la médecine est censée assurer au médecin que c'est de guérison que le malade est d'abord, sinon uniquement, demandeur. C'est pourquoi, bien plus que le public, le corps médical est attaché à une pratique dite libérale, parce qu'elle seule constitue ce fondement idéologique de la médecine qui est le devoir de guérir.

Tout n'est pourtant pas aussi simple. Leriche a parlé d'une « maladie du malade » caractérisée par la douleur qu'il

éprouve. Il faudrait dire plutôt *« souffrance »,* ce qui inclut la douleur, mais désigne plus généralement l'état de tension interne qui doit s'achever par une résolution, tout particulièrement dans la « crise » qui marque l'acmé et la fin des affection aiguës décrites par les anciens auteurs. « Souffrance » donc, au sens où on dit qu'une lettre, un colis est en « souffrance » c'est-à-dire en attente.

Or, il n'est nullement évident que cet état de tension de l'organisme soit à considérer seulement sous l'angle de la douleur. Quand Leriche dit que la santé « c'est le silence des organes » il oublie que la tension du désir sexuel (et aussi celui de la faim, etc.) n'est assurément pas le silence des organes. Une bonne santé, sans désir sexuel, sans faim, sans soif, sans fatigue, sans envie de dormir, etc., c'est-à-dire sans états de tension, ce ne serait pas la santé. Et ces états de tension ne sont pas en eux-mêmes désagréables, non seulement en fonction de la promesse d'un assouvissement, d'une détente, d'une décharge à venir, mais parce qu'ils sont les témoins d'une exigence de la vie. Il n'est donc nullement illégitime de parler d'une érotisation des sensations coenesthésiques, même si on refuse d'inclure sous ce terme des faits où le masochisme trouve son compte.

Il serait donc tout à fait abusif de penser à priori que tout état de tension n'attende qu'une résolution, et surtout une résolution médicale. Chaque médecin connaît ces personnes éternellement souffreteuses, et dont personne — ni le médecin, ni l'entourage, ni l'intéressé lui-même — ne semblent imaginer qu'elles pourraient vivre sans leurs petites misères. Bien plus, il est des cas où une maladie accidentelle plus ou moins grave survenue dans la vie d'une personne transforme ses relations au monde dans un sens favorable, au point de permettre que disparaissent temporairement de graves manifestations névrotiques ou psychotiques (ce qui ne signifie nullement, comme

on l'a trop dit hâtivement, que les maladies psychosomatiques ont à voir avec la psychose). Il n'est pas douteux que l'érotisation de tout ou partie du corps par la maladie (ou aussi par une grossesse) permet de focaliser les états de tension ; offrant ainsi une « solution » médiocre peut-être, mais rassurante, à des conflits psychiques insurmontables.

La maladie constitue pour beaucoup de malades un véritable statut social et familial qui confère au sujet une existence qu'il n'aurait pas sans cela. Thomas Mann a montré dans *la Montagne magique* comment une communauté de malades se constitue des signifiants à partir des symptômes de chacun en leur conférant sinon une personnalité, au moins une identité. Il en va de même dans la vie sociale et familiale où il est patent que tout groupe social a besoin d'avoir son crétin (chrétien), son fou, son alcoolique, etc., qui jouent les clowns et disent la vérité que personne n'ose dire et aussi démontrent par le spectacle de leurs difformités physiques ou mentales combien le reste de la société est beau et raisonnable. Des patronymes, héritage des sobriquets attribués à un lointain ancêtre, font souvent état d'une maladie ou d'une infirmité. La maladie est ainsi une carte de visite qui indique et instaure les relations humaines ; au moins une relation, celle qui s'établit avec le médecin. Ce n'est pas une relation bien satisfaisante, ni pour le malade ni pour le médecin ; mais ce n'est pas parce qu'elle est onéreuse à plus d'un titre que le malade y renonce. N'y a t-il pas aussi des hommes qui n'ont de relations qu'onéreuses avec les femmes, même si ce ne sont pas des prostituées en titre ? Et l'inverse est aussi vrai, ou presque ! L'argent, dans de tels cas, constitue une sorte de garantie que la relation ne s'éteindra pas. Dans de telles circonstances où s'établit une relation de type médical, le désir de guérir n'est pas du côté du malade parce que celui-ci n'a pas ou presque pas d'autre relation. Il est plutôt

du côté du médecin mais devrait plutôt s'appeler désir de se débarrasser d'un importun.

Le désir de reconnaissance est donc d'abord désir d'existence, et pour exister dans le discours médical, donc auprès du médecin, il faut être malade. Il ne suffit certes pas de vouloir être malade pour l'être, mais quand ça arrive, il ne faut pas s'étonner si le désir de guérir n'est pas toujours aussi fort qu'on le prétend. Il n'est nul besoin que la consultation soit intéressée (pour des raisons matérielles) pour que la convention implicite d'une guérison à rechercher soit pervertie. Le médecin, alerté occasionnellement de l'existence d'une telle situation, s'en décharge parfois sur un psychothérapeute. Plus souvent, il s'essaie à manier lui-même la situation. Mais c'est dans bien des cas une initiative vouée à l'échec car le malade, justement, ne souhaite être reconnu qu'à une place de malade, dans le discours médical et nulle part ailleurs. Le plus souvent, médecin et malade savent par une sorte de convention tacite que, derrière le traitement donné pour une maladie, même bien étiquetée, se déroule tout un jeu dont ils ne connaissent pas bien les éléments et sur lequel il vaut mieux jeter un voile pudique, et prudent.

Il serait abusif de faire de ces composants de la demande du malade un élément essentiel de la consultation médicale, introduisant à une médecine psychosomatique. Il y en a bien d'autres : demande d'amour, provocation du médecin à une démonstration de maîtrise, agressivité à l'égard de l'homme de science et du bourgeois ; demande que l'autorité du médecin s'interpose en arbitre dans un conflit familial, etc. Généralement le médecin n'ignore pas tout cela et il se prête plus ou moins volontiers à ce qui lui est proposé, en fonction de ses tendances personnelles et de l'idée qu'il se fait du rôle social du médecin. Il lui arrive, et non sans danger souvent, de sortir de

l'orthodoxie de sa profession en faisant pratiquer des examens paracliniques qui occupent le malade et lui donnent l'impression qu'on s'occupe bien de lui ; en donnant un calmant pour l'enfant qui ne soulage guère que l'angoisse de la mère ; en faisant hospitaliser un vieillard au moment où les plus jeunes membres de la famille partent en vacances, etc. L'ordre médical se met ainsi au service des forces de l'ordre social et familial.

Tout ceci n'est qu'un des aspects et finalement une extension du rôle du médecin. Dans ces circonstances, le médecin met la maladie entre guillemets, et perçoit son « malade » comme rempardé dans ses symptômes dont il ne veut pas être délogé, et exprimant confusément par là son malheur personnel, familial et social. C'est lui que la souffrance de son malade divise. Il ne peut pas refuser de répondre à ce qui lui est demandé, car son éthique l'oblige à le faire ; il ne peut pas non plus y répondre convenablement avec l'arsenal pourtant important dont il dispose. Il devine que le fin mot de l'affaire, ce n'est pas lui qui le possède avec son savoir médical mais son patient lui-même, dans son histoire personnelle, dans sa « névrose », comme on dit ; mais de la place où il est, il ne peut généralement rien en faire car toute parole de lui est interprétée comme un déni déguisé de la souffrance de son consultant, c'est-à-dire comme un rejet.

Ce qui est fondamental, et constant, dans la constitution de la demande du malade, c'est son entrée dans le discours médical. Il est possible d'en rendre compte en usant de ce qui est plus qu'une comparaison, l'entrée de l'enfant dans le discours de sa mère. Car, de même que le malade ne peut assurer lui-même sa guérison, l'enfant, dans sa prématuration, ne peut satisfaire par lui-même aux impératifs de ses *besoins*. C'est par ses

cris — inarticulés — qu'il témoigne de ses besoins. Et la mère interprète ces cris comme une *demande :* demande de nourriture, de chaleur, de soins d'hygiène, d'amour, etc. Son cri est déjà parole et demande avant d'être articulé parce qu'il est interprété dans le discours de la mère, discours déjà constitué et préexistant à la naissance même de l'enfant sur ce qu'on doit supposer des besoins d'un nourrisson. La mère peut se tromper dans son interprétation sur les cris qu'elle entend ; elle peut aussi n'être pas en mesure d'intervenir utilement, si l'enfant est malade ou simplement s'il souffre de petits troubles passagers. Elle peut se tromper, mais aussi elle peut estimer que c'est l'enfant qui, déjà dans son cri, la trompe et feint d'avoir un besoin à assouvir alors qu'il ne cherche qu'à accaparer son attention, et de façon peut-être abusive. Elle peut refuser de répondre au cri de l'enfant pour cette raison en fonction de principes éducatifs ; ou encore elle accepte d'entrer dans son jeu en y voyant une demande d'amour à laquelle il serait cruel et néfaste, aussi sur le plan éducatif, de ne pas répondre. A partir du moment où le besoin, si impérieux soit-il, passe par cet appel qui a place dans le discours maternel, il cesse d'être un cri pour devenir parole, il prend place dans le langage ou plutôt dans la langue dite, et bien dite, la langue maternelle. Il devient parole, c'est-à-dire suspect d'être menteur.

L'entrée dans le discours, c'est l'entrée dans le discours de l'Autre (celui que Lacan écrit avec un grand A) puisque c'est l'Autre qui capitalise les signifiants où tout devra s'articuler, c'est-à-dire pas n'importe comment puisque le langage est porteur des articulations spécifiques qui le constituent. La dimension de la tromperie y est aussitôt repérable et repérée par la mère qui, à juste titre, soupçonne l'enfant de la tromper, de la faire venir pour un besoin autre que celui qui paraît premier, par exemple pour mesurer son pouvoir sur elle en affectant la

douleur. Tromperie qui se retourne puisqu'elle-même, la mère, peut refuser d'entrer dans ce jeu pour ne pas laisser son nourrisson lui faire la loi, ou pour des raisons purement matérielles, parce qu'elle n'est pas en mesure ou pas disposée à apaiser, au moins immédiatement, les besoins de l'enfant. Ainsi peut-on tromper la faim, la soif avec une tétine ou un hochet, ou en faisant caresser le petit chat. C'est un procédé qui marche souvent très bien, et que l'adulte utilise pour lui-même quand il décide de « penser à autre chose », quand ça va mal. La puissance du discours est considérable pour détourner le désir de son objet et les fétiches et les hochets sont innombrables. De toute façon, ce qui n'est au début qu'un besoin inarticulé, en passant par les défilés du langage, introduit la problématique de l'Autre. Pour l'enfant, le désir de la mère (qui se manifeste au moins dans l'interprétation qu'elle donne aux cris de l'enfant) est déterminant pour son avenir et l'organisation de ses désirs, selon qu'ils seront considérés comme recevables, en fonction aussi de ce que la mère peut ou non tolérer, en fonction enfin des voies de détournement du désir qu'elle propose ou impose à l'enfant.

Le désir est ainsi ce qui émerge du besoin après que sa manifestation (dans le cri, puis dans la parole) a emprunté les voies du langage. Il en suit nécessairement les lois. Freud a constamment énoncé que la pulsion n'existe pas en dehors de ce qui la représente. Les représentants pulsionnels se situent là où ils peuvent apparaître dans le langage. Ils peuvent aussi être refoulés mais non la pulsion elle-même, ce qui signifie que la pulsion se fait représenter ailleurs sous une forme méconnaissable mais acceptable dans le discours de l'Autre. Tout ne se réduit donc pas à une problématique du besoin, et ce dont le Sujet témoigne plus profondément dans sa demande, c'est de son manque à être, de sa recherche inlassable de l'objet qui serait susceptible de combler son manque, cet « objet a » dont Lacan

a montré qu'il était constitutif de son fantasme, et par rapport auquel tout objet (qu'il soit sein, pénis...) fait figure d'objet substitutif.

La « souffrance » du malade est toujours *aussi* attente de la retrouvaille avec l'« objet a », rappel de l'espoir qu'une main secourable et providentielle a su ce qui convenait pour assurer une jouissance retrouvée de son propre corps et l'a su *d'un savoir que lui-même ne pouvait avoir* dans la confusion où il était de ses sensations informulées. Aussi attend-il qu'un autre, le médecin, détienne la vérité sur sa souffrance et l'apaise.

Le malade recourant au médecin est dans la situation de l'enfant recourant à la mère. En ceci que l'un et l'autre imputent à la personne à qui ils font appel un discours où peut s'interpréter leur appel. Comme le discours de la mère pour l'enfant, le discours médical est totalisant. Quand M. Foucault dit : « La médecine n'est pas constituée du total de ce qu'on peut dire de vrai sur la maladie[1] », nous ne pouvons le suivre en toute rigueur car la notion même de maladie appartient au discours médical et qu'il est dans la vocation de ce discours, sinon de fait, de dire tout le vrai sur la maladie, parce que c'est son objet. Il faudrait dire plus précisément : « La médecine n'est pas constituée du total de ce qu'on peut dire sur la *souffrance.* » Car la souffrance renvoie le sujet qui l'éprouve à son fantasme et à ce qui constitue ce fantasme, c'est-à-dire à sa propre histoire et au discours qu'il peut tenir sur son histoire. Il n'y a pas à proprement parler un autre discours à tenir sur la maladie que le discours médical, un discours qui serait moral, ou religieux, ou un autre discours scientifique, la notion de maladie étant constituée par le discours médical, et ce discours étant ordonnateur de toute considération qui peut être faite sur la maladie. Par contre il y a un seul discours qui se tienne sur la souffrance, et c'est celui de la personne qui l'éprouve, c'est-à-dire celui du

« malade », encore que nous ne puissions le désigner sous ce nom sans entrer déjà dans le discours médical.

De cette souffrance, le médecin ne veut rien et ne peut rien savoir. La souffrance se nomme dans le discours médical douleur, ou oppression, ou fièvre, etc. Elle n'existe pour le médecin que comme un *symptôme,* c'est-à-dire en tant qu'elle est formulable dans les signifiants constituants d'un syndrome avant place dans la nosologie. Au fond, le malade ne parle pas en tant que tel au médecin ; il parle de lui comme il parlerait d'un autre, et l'intérêt de ce qu'il dit est seulement dû au fait qu'il est un observateur privilégié de sa maladie. Ce qu'il dit est toujours de l'ordre de ce « 33 » qu'il doit répéter à haute voix pour que le médecin, à l'auscultation pulmonaire, évalue la « pectoriloquie ». De ce qui est dit, le médecin ne retient que ce qui résonne dans le discours médical. Peu importe pour lui si le malade a eu sa première douleur précordiale le jour de la mort de son frère ! Qu'en ferait-il, sinon de l'anecdotique, sinon de l'indiscret ? Même s'il y accorde de l'importance, sur quelle pratique un tel constat pourrait-il déboucher ? Il ne va tout de même pas interdire à son malade la mort de ses proches. Pour le médecin, la date de la mort du frère n'a d'intérêt que comme repère chronologique permettant de fixer une date : ce qui lui est nécessaire au même titre que l'un des éléments d'un bilan qui comprend l'étude des troubles vasculaires coronariens, sanguins, etc. Il n'a que faire de ce qui constitue la souffrance de son malade en tant qu'elle ne se limite sans doute pas au spasme et à l'oblitération coronarienne. Pour le reste, il ne peut avoir que de vagues paroles de compassion et de sympathie qui relèvent plus de la charité que de la médecine. Aussi se gardera-t-il de trop laisser son malade parler de sa vie, et de tous les éléments qui ne font pas partie, qui ne sont pas intégrables au discours médical. Du reste, il n'en a pas le temps, car d'autres

malades l'attendent. Quant au malade, il vaut mieux qu'il ne parle pas : ça le fatigue.

Le malade ne peut ignorer que c'est à partir du discours médical qu'il sera écouté. Aussi sa demande s'organise en fonction de ce qu'il sait ou croit savoir de ce qui pourra en être entendu et retenu de la part de l'homme de science. L'éducation médicale du public fait qu'il ne l'importunera pas par des détails oiseux, si bien que le médecin n'aura même pas, ou presque pas à élaguer dans ce que lui dira son patient. Il est plus à craindre que celui-ci, dans le souci de bien faire (et aussi de se soustraire à l'indiscrétion médicale), ne vienne avec une trop belle organisation de ses symptômes, parfois un diagnostic tout fait, et même un projet thérapeutique, attendant du médecin qu'il le précise, le mette au point et l'exécute. Ce qui est bien agaçant pour le médecin, qui ne souhaite pas une soumission aussi agressive et souhaiterait moins de présomption. Car le malade « tout à son mal » est incapable de juger, dirait Hippocrate. Et Fiessinger, se citant lui-même, affirme : « Le malade raisonne avec sa sensibilité et son émotion donc il raisonne faux[2]. »

Le médecin n'attend pas que le malade raisonne. Sans doute parle-t-il mais il ne peut savoir ce qu'il dit. Car ce qu'il dit de ses symtômes ne prend sens que dans le discours médical, et de ce point de vue ce que dit son corps est plus sûr que ce que dit sa voix. Les « signes cliniques » comportent les signes physiques (et les signes paracliniques), mais la symptomatologie « subjective » est suspecte. Tout symptôme qui peut être obtenu par la seule volonté du sujet, ou par suggestion, tout symptôme « pithiatique » se range dans la catégorie de l'hystérie et sort du champ proprement médical. Il n'obéit pas aux lois que connaît la médecine, ce qui conduit la médecine à conclure hâtivement qu'il ne connaît aucune loi, puisque les lois de la passion ne

sont pas de l'ordre de la science. Les seules lois que connaisse le médecin sur les symptômes hystériques sont celles d'un jeu qui a ses règles, mais ce sont les règles d'un jeu qui est le pur artifice de l'hypnose et de la suggestion. Elles permettent, ou du moins elles ont permis d'y montrer des talents de prestidigitateurs, où les hystériques furent les comparses idéales d'un jeu de passe-passe, où elles restituaient sous la forme des symptômes ce que la médecine y avait mis.

Ce ne sont pas seulement les hystériques qui abordent la consultation avec leurs passions qui les poussent à offrir au médecin des symptômes, cette pâture offerte au désir du médecin. Pâture ou plutôt appât, car c'est le lot de l'hystérique de fournir un appât qui tourne court, pour n'être pas suivi par le cortège symptomatique propre à retenir l'attention du médecin. Le « vrai malade », pour le médecin, étant celui qui est porteur d'une symptomatologie non flottante, mais inscrite dans son corps et inscriptible dans le savoir médical. Dans un premier temps, rien ne distingue la demande du « vrai malade » de celle de l'hystérique. Ce qu'il apporte, c'est un ensemble offert à l'examen, et l'examen médical a ceci de commun avec un examen universitaire qu'il reçoit la sanction de l'homme de savoir, lui constituant une inscription dans cet ordre, avec prise en charge conséquente ; ou un refus, une impossibilité d'inscription, avec rejet dans la classe inférieure, celle de la subjectivité. Chacun sait que les lois d'admission aux examens n'obéissent pas seulement à une évaluation pondérée des compétences, mais aussi à des éléments plus subtils, ou la soumission de l'examiné à l'ordre établi et sa séduction ne sont pas des facteurs négligeables. Ceci pour n'évoquer que ce qu'il y a de plus évident dans cette confrontation à l'examen dont l'habitude nous fait oublier ce qu'elle a d'incroyable.

L'examen n'est pas seulement une situation carrefour. C'est aussi un mot carrefour. J.-P. Brisset, qui fut officier de police, et que tout le monde considère comme fou ; a parlé de l'examen dans sa *Grammaire logique*[3].

« Je me exe à mine ai. Tu te exe a mine a. Le sexe a mine a. C'est le sexe à la main ou à la mine que l'ancêtre s'examinait, sexe à mine ai. Mine a valu main. La main faisait mine et minait le terrain. Che mine, chemine ; che main, chemin, disaient également : ici, la main. Donc le créateur de : Je m'examinai, etc. disait : J'ai mon sexe à la main, etc. C'est en examinant son sexe que l'ancêtre faisait son examen, son sexe à la main, son exe à main, son sexe à main. L'examen du sexe est le premier que l'on subit en venant au monde. »

Texte assurément subversif et fou. Mais il y a une logique du signifiant. Pour l'avoir suivie, J.-P. Brisset a au moins le mérite de nous restituer une vérité première, sur l'examen premier, un examen médical, un examen sur le sexe qui détermine l'inscription signifiante pour l'état civil et dans le fantasme des parents.

Cette logique a aussi poursuivi J.-C. Morali qui avait donné ce texte de Brisset comme sujet d'examen à ses étudiants de philosophie. Car c'est lui qui eut à subir une sanction de la part de l'Université… sur la pression d'une personnalité extra-universitaire qui était… politique, bien sûr, mais aussi médecin et gynécologue !

Parce qu'il est en position d'examinateur, détenteur du savoir, le médecin place son malade dans une situation *divisée,* qui se traduit d'abord dans la coupure effectuée entre l'homme et la maladie. Ce que la maladie réveille du côté du fantasme, le médecin n'en entendra rien parce qu'il n'a pas à le savoir, sauf pour en suspecter les effets qui risquent d'entraver son intervention. Le malade, d'ailleurs, pouvant se satisfaire de la situation régressive que lui autorise son état pour attendre

seulement que toute solution à son fantasme, et toute résolution de tension lui viennent de celui entre les mains de qui il s'est remis.

Le maître-mot de la demande du malade est « souffrance ». « Souffre, meurs ou guéris, mais surtout vis jusqu'à ta dernière heure[4] » dit le médecin. « Souffre un moment encore, tout n'est que changement, l'axe tourne, mon cœur, souffre encore un moment[5] » dirait plutôt le psychanalyste. Est-ce un hasard si Littré rapproche ces deux citations ? Souffrez au moins que j'en reproduise la proximité et l'éloignement. Plus qu'un raisonnement, résonne l'exigence de la demande qui nous est faite. Il n'y a pas de formule qui lui soit opposable comme détentrice de la vérité. Il ne s'agit que de la façon dont est faite l'oreille qui l'entend, du discours dont est porteur celui qui peut en entendre. Comme sur une bande de Mœbius s'inscrit dans une continuité le « ça va mal » du malade. La continuité de la seule face de la bande n'est explorée que par le malade. Mais la demande ne peut être lue qu'en se plaçant résolument d'un côté, en refusant de ce fait une autre lecture.

NOTES

1

M. Foucault, *L'Ordre du discours, op. cit.,* p. 33.

2

Fiessinger, *Le Raisonnement en médecine.*

3

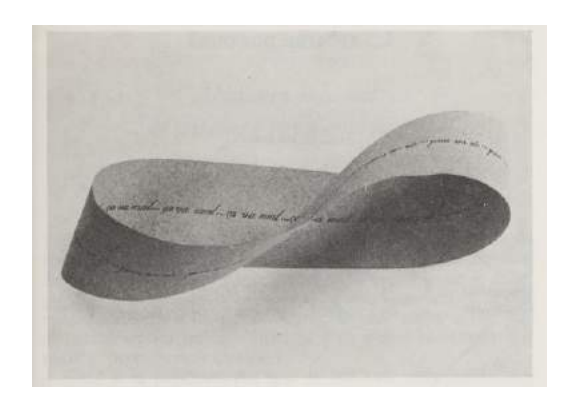
Grammaire logique de J.-P. Brisset, présentée par M. Foucault.

4

J.-J. Rousseau, *Émile,* 11.

5

A. Chénier, *Élégie,* 27.

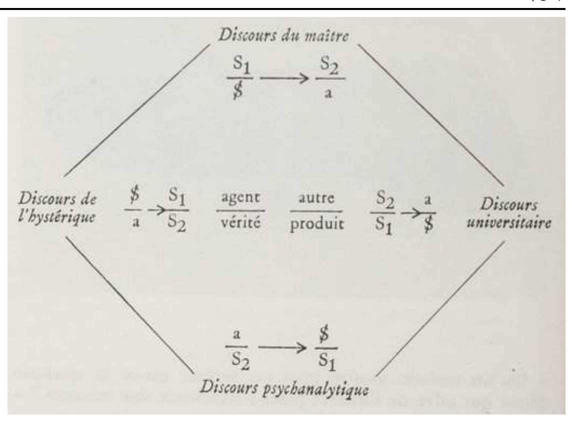


« Qu'un malade souffre plus ou moins, est-ce là quelque chose qui offre de l'intérêt pour l'Académie des sciences ? »
Malgaigne

« Il y faut autre dit-mension : celle qui comporte de savoir que l'analyse, de la plainte, ne fait qu'utiliser la vérité. »
Jacques Lacan

La bande de Moebius, par sa torsion, fait apparaître l'autre « dit-mension », la troisième, celle qu'ignore la projection de l'imaginaire sur le plan.

LES QUATRE DISCOURS


Discours du maître
$\frac{S_1}{\$} \longrightarrow \frac{S_2}{a}$
Discours de l'hystérique
$\frac{\$}{a} \rightarrow \frac{S_1}{S_2}$
$\frac{\text{agent}}{\text{vérité}}$
$\frac{\text{autre}}{\text{produit}}$
$\frac{S_2}{S_1} \rightarrow \frac{a}{\$}$
Discours universitaire
$\frac{a}{S_2} \longrightarrow \frac{\$}{S_1}$
Discours psychanalytique

11

Discours médical et discours psychanalytique

Ce qui a été avancé jusqu'ici et qui est constitué d'éléments épars, c'est une certaine lecture du discours médical. De quel droit, c'est-à-dire de quelle place est-il possible de le faire, puisqu'on peut bien opposer que le discours médical a une cohérence suffisante en lui-même, et des effets assez peu discutables pour qu'on s'épargne d'en parler autrement que pour le proposer en modèle ?

C'est à la psychanalyse que je me suis continuellement référé, et particulièrement à l'enseignement et à la théorisation de Lacan, et si je n'ai pas toujours plus explicitement fait état de ses formulations, c'est parce qu'il était plus important de montrer que de démontrer, c'est-à-dire de faire ressortir qu'une lecture psychanalytique du discours médical permettait de dégager un certain nombre de *faits* qui restent dans l'ombre tant que le discours médical constitue le seul repère théorique reconnu. Ces faits, assurément, ne sont pas ignorés et pour beaucoup ont déjà été, au moins en partie, écrits et décrits. Mais la plupart du temps, c'est dans une visée polémique à l'égard de la médecine qu'on en fait état ; ou bien encore, ils sont signalés comme des échecs ou des malentendus que la médecine, dans

son progrès, est appelée à résorber. L'intention critique ou laudative ne change rien à l'affaire : si le seul arrière-plan théorique est celui de la médecine, c'est seulement dans un « discours hystérique » que se regroupent de tels faits : c'est-à-dire que c'est la position subjective de l'auteur qu'on y relève en dernière analyse, mais le discours médical n'en est pas atteint parce qu'il a pour vocation de réduire les désordres de la subjectivité et finalement de les intégrer dans son ordre.

Le discours psychanalytique, au contraire, est *opposable* au discours médical — au sens où Lacan parle du « discours du maître », comme étant *la Psychanalyse à l'envers*[1]. Il ne saurait être question de donner ici de la théorie psychanalytique un aperçu même sommaire. Autant il est facile de passer d'un discours de maîtrise à l'autre (il suffit d'apprendre les nouvelles articulations conceptuelles), autant le passage d'un discours à l'autre est problématique, parce qu'il comporte une subversion *subjective.* Un discours s'articule sur une praxis, au moins celle d'une psychanalyse personnelle pour ce qui concerne la psychanalyse. Il n'est pas non plus de raccourcis qui évitent la lecture complète d'un auteur, si c'est à dégager la rigueur de ses formulations qu'on s'attache. Celles de Lacan ont le mérite de ne pouvoir être trop détournées de leur fonction, qui est de permettre qu'on se repère dans un domaine, la psychanalyse, où trop souvent l'obscur vient masquer l'embarras des auteurs, faisant régner un terrorisme verbal qui se donne pour théorisation. C'est donc pour fixer quelques points et permettre d'en parler que je donnerai quelques précisions sur les « quatre discours » de Lacan, et aussi sur la notion même de discours tel qu'il l'entend — non sans préciser que je n'en retiens ici que ce qui peut éclairer ce travail, ce qui implique que je le réduise et le déforme nécessairement.

On sait que le procès de la signification a été centré par les linguistes autour du concept de *signe,* celui-ci étant constitué par le rapport entre le signifiant qui est sa substance linguistique et le *signifié* qui désigne ce que le signifiant représente. Signifiant et signifié sont « les deux faces d'une seule et même production », donc indissolublement liés dans le rapport $\frac{\text{signifiant}}{\text{signifié}}$ comme sont lies l'envers et l'endroit dans un rapport nécessaire. Nous ne ferons pas ici la critique de cette approche, nous bornant à rappeler qu'elle ne va pas sans soulever des difficultés, en particulier pour rendre compte de ce qu'on souligne comme devant être la « primauté » du signifiant pour une étude linguistique rigoureuse.

Lacan se sépare des linguistes particulièrement en ceci qu'il signifiant avance que dans le rapport la barre qui sépare les deux éléments fait barrage à la signification au lieu de la constituer. La signification procède au contraire du rapport des signifiants entre eux, de leur séquence, du fait qu'ils constituent une *chaîne signifiante.* Chaque signifiant renvoie d'abord à un autre, aux autres signifiants, comme un mot du dictionnaire renvoie d'abord aux autres mots du dictionnaire. Chacun d'eux n'existe que dans la place laissée libre par les autres signifiants, avec lesquels il ne peut pas, ou du moins pas durablement se confondre. Ce qui dissipe la confusion et permet la constitution de la signification, c'est l'assemblage, la séquence des signifiants, qui s'organisent dans une suite constitutive du discours.

Le signifiant ne prend donc sens qu'à être pris dans la chaîne des signifiants. Il n'y a pas de rapport simple de signifiant à signifié. *Ce que représente le signifiant, c'est un sujet,* et cette représentation du sujet ne prend consistance que de la place qu'elle prend auprès d'autres représentants, c'est-à-dire

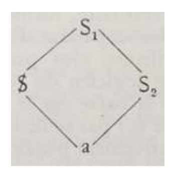
d’autres signifiants. « Le signifiant est le représentant du Sujet pour un autre signifiant. » Cette formulation inclut la question de l’énonciation, puisque le choix du signifiant, de la chaîne signifiante modifie le mode de représentation du sujet, constituant la scène où se fait la représentation et les éléments qui habitent cette scène. Ainsi, nous avons pu parler d’ « examen » dans des contextes différents qui en font, dans un cas, une épreuve médicale, et dans l’autre, une épreuve universitaire. Seul le discours où il est inclus lui donnera sa signification, et nous conclurons de ce discours au moins ceci que le sujet qui l’énonce est dans une problématique médicale ou bien universitaire, même s’il ne dit nulle part « Je ». Quant à J.-P. Brisset parlant d’examens, il décompose le mot en des signifiants plus primordiaux et nous en concluons qu’il est un logicien du signifiant… ou un fou.

Quand Lacan place la barre sur le S qui désigne le Sujet (écrivant donc $), il ne fait pas seulement un déplacement de la barre qui était primitivement placée sur le signe et séparait le signifiant du signifié. Le Sujet n’est pas divisé que d’être à la fois sujet de l’énoncé et sujet de l’énonciation. Il est surtout dans un double rapport : d’une part un rapport à la chaîne signifiante, d’autre part un rapport à l’objet. L’objet entendu, non pas selon la tradition philosophique, comme opposé, opposable au Sujet, mais comme lié à lui dans le *fantasme*. Le fantasme n’étant pas lui-même une production imaginaire à quoi la réalité serait opposable, mais l’indication de tout rapport possible entre le Sujet discourant et le réel que son discours tend à cerner et à constituer comme réalité. L’objet ainsi désigné (comme « objet a ») laisse en suspens la question de sa réalité. Il est d’abord repérable comme une place vide, constituée par le Sujet, sans qu’on puisse inférer de sa réalité du seul fait de sa

coalescence avec l'objet de fantasme. Son existence n'étant que celle qu'il occupe dans le discours qui le constitue.

Le discours comprend le Sujet ($) dans son rapport avec l'objet (« objet a »). Il s'inscrit dans la chaîne signifiante S_1, S_2, S_3, S_4, etc. étant entendu que le *signifiant* S_1 qui représente le Sujet (et non l'objet) y occupe une place privilégiée et que la chaîne des signifiants constitués (S_2 S_3 S_4, etc.) représente (sous l'*abréviation* S_2) le système déjà organisé, constitué en discours capitalisable en savoir.

Quatre éléments sont constitutifs du discours : S_1, le signifiant comme tel, mais dans sa nécessaire connexion avec la chaîne signifiante S_2, et avec le Sujet $ qu'il représente. Le sujet lui-même ne pouvant s'inscrire que dans son rapport à l'objet : *objet a*. Entre eux, ces éléments ne sont pas dans un rapport quelconque, puisque chacun se définit dans son rapport avec deux autres éléments. On écrit ainsi leurs rapports réciproques :



Tels sont les quatre éléments fondamentaux de tout discours, ce qui permet de caractériser quatre discours, selon que l'un ou l'autre de ces éléments du discours prend la place première autour de laquelle les trois autres éléments s'organisent. Il serait bien entendu artificiel et abusif de vouloir identifier tout discours effectivement prononcé à l'un de ces quatre discours, et

leur analyse n'a d'intérêt que pour désigner les pôles d'attraction vers lesquels tout discours est tiré. Ce sont des modèles auxquels aucun discours existant ne peut être rigoureusement identifié. Il convient donc de les prendre comme autant de repères permettant de faciliter, de rendre possible l'analyse des discours : non pas en fonction de la prééminence de fait de tel ou tel discours ; et non plus en fonction d'un jugement de valeur qui nous ferait en proposer l'un comme le modèle idéal de tout discours à tenir. Au contraire, il faut remarquer leur interdépendance, aucun d'entre eux ne pouvant se tenir sans l'existence des trois autres. La place privilégiée qu'il faut donner cependant au discours du maître tient au seul fait qu'il est le discours premier, celui qui donne la primauté au signifiant S_1, c'est-à-dire à ce qui est constitutif de tout discours. L'autre place privilégiée revient au discours psychanalytique, comme prenant en compte d'abord l'objet « a » comme lieu de la jouissance en tant que le discours du maître n'en peut rien articuler.

1° *Le discours du maître* est le discours premier. C'est de lui que le discours médical est le plus proche[2]. Sans lui, le signe ne serait que signal, porteur d'information sans doute, mais n'accéderait pas à la signification. En constituant le signe (ou indice) en signifiant, il l'ordonne avec d'autres signifiants (c'est-à-dire d'autres symptômes portés au rang de signifiants) et permet qu'émerge la signification.

Les signes sont porteurs d'une information sur la maladie. Mais cette information ne mériterait même pas ce nom s'il n'y avait personne pour la recueillir. Un signe d'auscultation, par exemple, et encore plus un signe paraclinique n'informent rien ni personne… jusqu'à ce que le médecin puisse en faire quelque chose. Il ne devient information que parce que le médecin le met en rapport avec d'autres signes, dont l'ensemble constitue

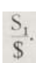
un syndrome, lequel peut, à son tour, être attribué à une maladie. Ce qui importe ici, ce n'est donc pas le « regard médical », mais le fait que le médecin connaisse un ordre articulé de ces signes, ou du moins qu'il suppose qu'ils ont un ordre possible. En recueillant le maximum de ces signes, le médecin postule la possibilité de les regrouper, de les mettre en ordre. C'est-à-dire qu'il vise à les ordonner dans une chaîne signifiante. Grâce à l'existence du discours médical, il *constitue les signes (indices) en signifiants,* et de leur mise en ordre, il extrait une signification qui est l'existence d'une maladie. L'étape du diagnostic est un acte de maîtrise.

L'audace d'un tel acte nous échappe parce qu'il est quotidien, et aussi parce que l'audace est en quelque sorte balisée par l'existence de quantités d'actes semblables. Elle est plus évidente quand le médecin s'emploie à recueillir des signes pour une maladie non encore identifiée, puisque l'ensemble des signes recueillis doit conduire à une interprétation originale. Encore cet acte de découverte est-il rendu beaucoup plus facile du fait que l'on sait qu'une telle entreprise est possible, puisqu'elle a déjà été faite par d'autres médecins pour d'autres maladies. Ce qui permet au chercheur d'oser accomplir l'acte de maîtrise, c'est non seulement le savoir constitué, déjà répertorié, mais le fait qu'une telle entreprise a déjà été tentée et réussie, bref, qu'un discours médical est possible.

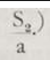
La constitution du signifiant comme tel (S_1) est donc ce qui spécifie le discours du Maître. Elle implique la référence à la chaîne signifiante (S_2) qu'elle contribue à constituer et qu'elle prolonge. Ce qui s'écrit S_1 ? S_2.

Ce qui signe la réussite du discours du maître, c'est ce qu'il advient de la subjectivité de l'auteur. La prétendue objectivité du savant, c'est le retrait de la subjectivité de l'auteur. Ce qui signifie non pas que la subjectivité n'y soit pas, mais qu'*elle ne*

soit d’aucune importance pour l’intelligibilité du texte, qui ne doit tenir sa portée signifiante que de sa propre cohérence. On se satisfera pour parler du rôle de l’auteur du discours du maître d’un concept vague : désir de savoir, désir de guérir, génie... bref, on n’en parlera pas. Le mystère des origines permet de jeter le manteau de Noé sur ce qui n’est qu’inutile encombrement. On se contente d’expliquer par l’anecdotique : la loi de la gravitation par la pomme de Newton, et non par la lecture de Kepler, où c’était écrit ; la machine à vapeur par la marmite de Papin et non par les nécessités de la société industrielle, etc. Le discours du maître tient sa force de ce qu’il se soutient indépendamment de la subjectivité de celui qui l’énonce comme de celui qui l’écoute. La condamnation de Galilée et la rétractation de celui-ci sont sans importance pour ce qui est énoncé : l’aphorisme « La terre tourne » n’en reste pas moins vrai. Le retrait de la subjectivité dans le discours du maître s’écrit en mettant le $ sous la barre, pour montrer que le Sujet n’est pas dans le discours manifeste :



Dernier point : le produit du discours du maître est la constitution d’un objet : la maladie, avons-nous vu, pour le discours médical. L’objet vient occuper la place de l’objet « a » *comme lieu de l’inconnu du désir*. C’est par là que s’établit la jouissance dont est porteur le discours scientifique en tant qu’il constitue un ordre grâce auquel l’objet apparaît. Bachelard n’avait pas manqué d’en noter l’incidence. L’objet n’apparaît cependant qu’en tant que subsumé par les signifiants du discours (nous le placerons en dessous de S_2 :



En apparaissant dans l’ordre du discours, donc dans une loi, il disparaît dans son rapport direct au Sujet $, c’est-à-dire en tant qu’objet du fantasme : par là, le discours du maître est au service du refoulement pour le maître lui-même. L’objet « a » disparaît comme cause du désir en réapparaissant comme trouvaille du discours. C’est pourquoi Lacan a pu en dire : « Le discours du maître est le seul à rendre impossible cette sorte d’articulation que nous avons désignée ailleurs comme le fantasme, en tant qu’il est relation du “a” avec la division du Sujet[3]. » Toute découverte scientifique (et le diagnostic en est une) supprime la division du Sujet. Le désir du médecin pour son objet est unificateur (des médecins entre eux, mais aussi du médecin envers lui-même).

La formulation complète du discours du maître s’écrit ainsi :

$$\frac{S_1}{\$} \rightarrow \frac{S_2}{a}$$

2° *Le discours de l’universitaire,* comme prolongation obligée du discours du maître, privilégie la chaîne signifiante S^2, c’est-à-dire le discours constitué en savoir. C’est à lui qu’on a affaire à l’Université où s’enseigne le savoir recueilli auprès des maîtres. A l’Université, ce sont les professeurs qui lisent les maîtres, ou sont censés le faire. Plus souvent eux-mêmes ne lisent que des documents de seconde main. Les étudiants ne le font pas eux-mêmes, ou s’ils y sont conviés, c’est afin de recueillir ce qui, du produit du travail du maître, a pu être négligé

par les commentateurs et rapporteurs. La fonction de l'Université est de recueillir et de transmettre le savoir, compris comme information organisée, capitalisée, cumulative.

Ce n'est pas une question secondaire que la transmission de ce savoir, voué à n'être retransmis que partiellement et après avoir subi nécessairement une dégradation. L'université lutte contre ce qui est une entropie du savoir, au sens où on parle d'une entropie de l'énergie. La pédagogie s'emploie à la réduire ; elle n'en est pas moins, dans son principe même, inéluctable, comme l'est l'entropie de l'énergie. Elle s'emploie à recueillir et organiser les signifiants S_2 S_3 S_4... entre eux, sans en privilégier aucun, et ne recueillant un signifiant nouveau que s'il prend place dans l'ordre d'un discours constitué. D'une certaine façon, l'Université fait donc obstacle à la survenue de signifiants nouveaux s'ils sont destructeurs de l'ordre établi. Le savoir constitué fait obstacle à la prise en considération de ce qui ne s'inscrit pas dans ce savoir. Il compose l'écran qui captive et capture le regard sur les faits constitués par lui, mais à l'exclusion des autres faits qui ne s'y inscrivent pas. Ce que dit Kuhn sur les Sociétés savantes comme gardiennes des paradigmes constitués vise le discours universitaire. S_2 occupant la place première, c'est sous la barre que devra se placer le signifiant maître S_1, puisque ce n'est pas lui qui est pris en considération comme tel :

$$\frac{S_2}{S_1}.$$

Le savoir considéré en tant que tel, et non dans sa relation aux signifiants le constituant, se justifie de son lien direct avec les biens de jouissance, et la jouissance des biens que procure le

savoir. La science capitalisée en savoir se prolonge dans les biens qu'elle procure S_2 ? a. L'Université se prolonge dans les techniciens et biens de consommation qui résultent du savoir. Nous avons vu que s'y enlise toute discussion sur les bienfaits de la science, à défaut d'avoir distingué le discours du maître comme producteur du savoir, et le discours universitaire comme détenteur de ce savoir. Le savoir médical, en tant que constitué, se justifie des indications thérapeutiques qu'il fournit : pour l'essentiel, sous la forme du médicament qui est une « médecine ».

Ce qui est le plus intéressant à considérer est ce que produit le savoir constitué : la division du Sujet. Division à l'égard des biens produits par la science, comme nous avons vu. Devant le savoir enseigné, on sait aussi que l'étudiant est divisé, à son étonnement comme à celui des professeurs qui n'en reviennent pas qu'on ne se précipite pas davantage sur ce qu'ils donnent. Tout savoir nous constitue comme divisés ; le saumon ne le serait-il pas s'il savait qu'en courant vers le lieu des épousailles et de la reproduction, il court aussi vers sa mort ? C'est le malade que le savoir médical divise, en le séparant en ses deux éléments : l'homme et la maladie. C'est aussi à partir de l'existence d'un savoir constitué que se dessine la position de l'hystérique. Nous écrirons la formule du discours de l'Universitaire :

$$\frac{S_2}{S_1} \rightarrow \frac{a}{\$}.$$

3° *Le discours de l'hystérique* est celui qui place la division du Sujet à la place première. C'est sous la forme de la pathologie que nous revient de façon exemplaire la question du Sujet jusqu'à présent enfouie sous les articulations de la chaîne

signifiante, crée par le discours du maître, au niveau du signifiant maître, capitalisée comme un bien et un bienfait, en savoir dans le discours universitaire. Le discours médical est en effet le discours scientifique type, et c'est lui qui a l'incidence la plus certaine sur la vie quotidienne. Partout où il s'est développé et dès les origines, l'hystérie a été reconnue, et pour ce qu'elle est par rapport au savoir médical : c'est-à-dire ce qui peut ressembler à toutes les maladies sans être jamais aucune d'elles et échappant de ce fait au savoir constitué ; ce qui réagit le plus étrangement aux bienfaits de ce savoir, tout traitement pouvant la guérir miraculeusement, alors qu'ailleurs, le savoir, les traitements les plus éprouvés échouent complètement. Son polymorphisme extrême lui donne son unité : les *symptômes ne renvoient pas au discours médical, mais au sujet lui-même*.

Remarquons que c'est en raison de la prévalence du discours médical que c'est comme « malade » que se présente l'hystérique ! Mais quand c'étaient les théologiens qui tenaient le discours du savoir sur l'homme, c'étaient eux qui se trouvaient interpellés par les « possédées ». Les exorcismes avaient sans doute la même efficacité que nos traitements médicaux sur les hystériques : imprévisible. Le diable s'en mêlait, et c'était souvent l'exorciste qui sortait vaincu de l'affaire. C'est par la possédée qu'il se faisait à son tour posséder.

L'hystérique, pourquoi est-ce une femme ? Pour la même raison que, du côté du savoir, il s'agit d'un homme. La statistique constate mais n'explique pas. Sans doute la vieille théorie de l'utérus baladeur occasionnant toutes sortes de maladies, dites hystériques, n'est-elle pas si mauvaise. Avec cet *utérus caché,* on ne sait jamais s'il ne s'est pas évadé au lieu du corps dont l'hystérique se plaint. Au visible, révélé par l'homme (de science) correspond le visible de son pénis. A l'invisible de l'utérus, correspond la connivence de la femme avec les forces

obscures. Puisque témoignage vient de *testes,* de quoi peut « attester » une femme qui, par définition, n’en a pas ? Tel est du moins le jugement que ne peut manquer de porter l’homme du savoir.

Car ce que fait l’hystérique, ce n’est rien d’autre que se signifier elle-même dans sa subjectivité à travers les symptômes qui occupent la place S_1 : $\$$? S_1. Ces symptômes qu’elle produit à la pelle ont un statut particulier comme signifiants au regard de la chaîne signifiante S2 S_3 S_4 en tant qu’ils la sollicitent ; le savoir s’y trouve constamment interrogé sans pour autant constituer la liaison articulée (entre S_1 et S_2) par où se constitue le discours du maître. Les hystériques sont des théoriciennes. Ce qui peut se comprendre à plusieurs niveaux : au sens où une conversion somatique pose un problème théorique. Au sens aussi où Freud parle des théories sexuelles de l’enfant que ressortent les hystériques. Au sens où Lacan parle de la situation hystérique où il est placé en faisant son séminaire. Au sens enfin où Kepler étudie parallèlement l’astronomie et le songe, montrant par là qu’il ne veut pas méconnaître la place de la subjectivité du savant. La place de l’hystérique est celle où le destin de son discours est le plus problématique. Il vise à produire du savoir, à constituer une chaîne signifiante, c’est pourquoi nous le plaçons sous S_1 :

$$\$ \rightarrow \frac{S_1}{S_2}$$

mais à défaut d’être reçu comme tel, son discours n’est considéré que comme la renvoyant à elle-même, à sa subjectivité, à sa folie, à ce bûcher où se retrouvent aussi les hommes de science, ou du moins leurs livres.

Il reste ce que la fonction même de l'émergence des signifiants a pour fonction de masquer, son fantasme, son rapport à l'objet « a ». C'est pourquoi, dans la formule du discours hystérique, c'est sous la barre, au-dessous de S_1, que nous le placerons :

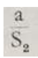
$$\frac{\$}{a} \rightarrow \frac{S_1}{S_2}$$

4° *Le discours de l'analyste,* venant en dernier, est le seul à fournir des articulations où ce désir s'inscrit. Il met à la place première l'objet « a » en le situant dans son rapport au Sujet $\$$: a ? $\$$. Loin d'être une objectivation, et donc à l'inverse d'une psychologisation, la psychanalyse est subjectivante en montrant la fonction structurale du fantasme, dans le rapport entre le Sujet et l'objet « a » ($\$ \diamond a$).

L'objet « a », c'est l'objet premier et ultime du désir. C'est l'objet perdu, celui dont le souvenir même s'efface. La loi ne dit pas seulement qu'on ne doit pas jouir de l'objet interdit, on ne doit même pas le désirer, c'est-à-dire le connaître, ni désirer le connaître. L'interdit, en détournant le Sujet de l'objet premier de son désir, le contraint à faire le détour de la recherche de tout objet, qui prend valeur d'objet substitutif. Freud a montré comment le renoncement à la mère absente s'obtient par le jeu de la substitution de la bobine et des mots « Fort-Da » à la disparition de l'objet aimé. La bobine, ou les mots, ou tout autre objet, peut ainsi occuper transitoirement la place de l'objet « a ». Ce n'est pas leur réalité qui en fait le prix au regard du Sujet, mais leur possibilité de s'articuler dans son fantasme.

Pour rendre le fantasme à sa fonction, il faut destituer l'objet du savoir dont il est constitué par le discours du maître. C'est ce

que j'ai ébauché au chapitre[2] pour la pomme. Pour que nous puissions faire valoir sa fonction comme pur leurre dans le jeu entre Jill et Jack il nous faut d'abord démontrer son peu de réalité comme aliment, ce qui laisse apparaître son importance chez l'un et l'autre des deux protagonistes, en fonction de ce que nous pouvons supposer de leurs fantasmes et de leur rapport à un fonds culturel commun qu'il n'est pas trop hardi de supposer, puisqu'on suppose déjà qu'ils parlent la même langue. Ainsi S_2, le savoir sur l'objet pomme tel qu'il peut être connu par le discours scientifique, doit-il être mis de côté, et même le savoir sur le mythe de la pomme, si nous voulons connaître le fantasme personnel de Jack et Jill. S_2 sera placé sous la barre :



De la mise du « a » à la place première, résulte la production de S_1 comme signifiants dans leur rapport avec \$. Nous l'écrivons sous la barre, car ils y sont repérables comme représentant le Sujet dans sa division. La formule du discours de l'analyste s'écrit :

$$\frac{a}{S_2} \rightarrow \frac{\$}{S_1}$$

A partir de ces formulations sur les quatre discours, je ne voudrais pas manquer de faire remarquer que la position personnelle du médecin procède nécessairement de chacun d'eux. Pour l'essentiel, il est discours du maître, dans l'établissement

du diagnostic et du pronostic, dans la recherche, dans sa constante position de conquête à l'égard de l'inconnu de la maladie. Il est aussi discours universitaire, quand à partir du savoir constitué de la médecine, il offre la thérapeutique comme un bienfait qu'il restitue au malade. Ceci constitue pour l'essentiel le discours médical proprement dit, qui oscille continuellement de l'un à l'autre, du discours du maître au discours universtiaire.

Néanmoins, le médecin n'est pas sans être situé dans la position hystérique. Ce que nous avons relevé pour le maître du discours nous montre qu'il ne peut dédaigner d'avoir à se signifier lui-même, c'est-à-dire comme médecin. Et le « patron », appelé à jouer l'homme qui incarne le savoir devant les étudiants et les autres médecins, doit aussi se signifier comme tel dans une activité qui ne se borne pas à la pure prestance. Car ce n'est pas en donnant représentation de son fantasme qu'il s'imposerait à l'estime qu'il doit donner de lui-même. Par là s'assure la production de signifiants nouveaux dont certains seront inscriptibles dans le discours médical.

Enfin, nous ne pourrions méconnaître que le médecin peut être amené personnellement à deviner que son malade a autre chose en tête que de s'offrir au discours médical. Ce qui le conduira parfois à avoir une écoute de son malade ne visant pas à l'introduire dans ce discours. Mais en cela, il cessera d'être médecin, ce qui ne veut pas dire qu'il sera pour autant capable de soutenir la position du psychanalyste. Qu'il soit alors amené à renoncer à médicaliser la demande qui lui est faite, c'est déjà faire preuve d'une rare audace.

NOTES

1

J. Lacan, *La Psychanalyse à l'envers,* Séminaire 1971.

2

Allouch, *Journées de l'École freudienne, Lettres de l'École,* 1972.

3

Lacan, Séminaire du 11.3.1970.

12

Clinique médicale et clinique psychanalytique

On considère généralement que la clinique psychanalytique se distingue de la clinique médicale en ceci qu'elle ne s'adresse pas à une même catégorie de « malades », si bien que le seul intérêt de la confrontation des deux cliniques consiste à poser convenablement les critères de discrimination entre les deux catégories de malades, afin de décider une orientation thérapeutique. Ceci réduit le problème à celui classique et routinier en médecine de la détermination de l'opportunité de l'intervention de tel ou tel spécialiste médical pour un symptôme présenté par un malade. Par exemple, un trouble de la vue peut relever de l'ophtalmologiste, mais aussi du neurologue ou de l'endocrinologue, du diabétologue, etc. Il y a un problème initial d'orientation de diagnostic, et il ne conviendrait pas qu'un simple opticien, ignorant de la médecine puisque non diplômé, se mêle de faire porter des lunettes à quelqu'un atteint d'une affection oculaire, neurologique ou autre. Aussi le malade doit-il consulter un médecin ophtalmologiste, qui entreprendra lui-même un traitement, ou l'adressera, si besoin est, vers un autre médecin spécialiste, ou encore vers un opticien qui lui fournira des lunettes.

Au regard de l'ordre médical, le statut du psychanalyste est semblable à celui de l'oculiste. Statut qui penche du côté de l'ophtalmologiste s'il est médecin ; du côté de l'opticien s'il ne l'est pas. Ce n'est pas seulement le corps médical qui lui impose un tel statut. Les psychanalystes eux-mêmes, faute d'identifier ce qui fait l'originalité de leur propre discours et de leur clinique par rapport à la médecine, se sont laissé enfermer dans cette alternative. Certains n'ont-ils pas affronté le ridicule en réclamant publiquement, comme Marie Bonaparte, que leur soit accordé un statut comparable à celui des chirurgiens-dentistes et des sages-femmes ? Cette situation subordonnée, même si elle n'est pas considérée comme mineure, n'est pas acceptable parce qu'elle ne met pas en évidence le fait que la psychanalyse instaure un discours autre, donc une autre clinique.

En pratique, les médecins proclament volontiers qu'il est scandaleux qu'un analyste allonge sur son divan un malade atteint de tumeur cérébrale ou de syphilis nerveuse justifiables d'un traitement approprié. Ce à quoi les psychanalystes rétorquent que le nombre des névrosés et des hystériques soumis à des interventions médicales et chirurgicales inappropriées est beaucoup plus important, et que les conséquences de telles erreurs ne sont pas moins redoutables, même sur le plan vital, car un névrosé peut être désespéré de ce que sa demande ne soit pas entendue là où elle doit l'être et peut être conduit à des solutions désespérées.

De telles accusations relèvent d'une certaine mauvaise foi réciproque. Car, le plus souvent, ce n'est pas au psychanalyste qu'il convient d'imputer la mise en avant de « causes psychiques » aux symptômes d'un malade. C'est le médecin lui-même, ou la famille, qui recourent volontiers à ce diagnostic étiologique trop commode qui n'est établi qu'en raison de

l'exaspération que procure la persistance des plaintes, alors que n'a pas été fait le diagnostic proprement médical. Il arrive ainsi qu'un malade soit engagé par son médecin dans une psychothérapie improvisée, associée à une chimiothérapie, ou même envoyé au psychanalyste, comme on l'aurait adressé au guérisseur, en désespoir de cause, mais sans que des examens élémentaires aient été pratiqués. Il y aurait quelque abus, dans ce cas, à attribuer à la psychanalyse la responsabilité de l'attitude démissionnaire de certains médecins trop pressés.

A l'inverse, la multiplication abusive des examens paracliniques, des traitements médicaux et chirurgicaux chez les névrosés relève souvent moins de l'incompétence du médecin que de sa croyance (plus naïve qu'intéressée) que les effets psychothérapeutiques d'une confrontation du névrosé avec des « réalités » devraient finir par le rassurer ou au moins le dissuader de recourir au médecin. Ceci ne se produirait pas si les médecins n'étaient pas aussi souvent persuadés qu'une cure psychanalytique est une entreprise longue, mystérieuse, onéreuse et suspecte de charlatanisme.

Cette suspicion n'est pas sans fondement, car le médecin ne connaît de la psychanalyse que son idéologie ou plutôt son mythe, diffusé par le nombre considérable de ceux qui, comme le dit A. Lussier, « n'ont rien de plus pressé (...) une fois leur formation terminée (...) que de s'éloigner de la psychanalyse[1] » pour retourner à l'exercice de la psychiatrie, ou de la médecine dite psychosomatique, ajouterons-nous. En invoquant le « facteur psychique » dans chaque maladie somatique et la « complaisance somatique » dans chaque névrose, se pratiquent ainsi de hasardeux bricolages où l'éclectisme thérapeutique tient lieu de doctrine dans une totale confusion théorique. Il n'y a pas lieu de s'attarder sur une telle « médecine » qui, sous prétexte de prendre en charge « l'homme total », ne tend en fait qu'à

constituer le médecin en homme-orchestre. Sous le couvert de militantisme thérapeutique, elle ne sert qu'au retour à une pratique médicale et psychiatrique traditionnelle de ceux qui monnayent ainsi un furtif voyage auprès d'une discipline psychanalytique, vite oubliée ou dévoyée. Les lieux où, en principe, médecins et psychanalystes se rencontrent, sont sans doute de ceux où tout peut se dire parce qu'ils sont sans possibilité de rigueur. Au mieux, ils sont des lieux de transition où s'affirment des vocations, au pire, des marécages où s'enlisent des velléités. Le simple développement du concept d'épistémosomatique, donné par Lacan, permettrait de sortir de cette division entre *psyché* et *soma,* que le trait d'union de « psycho-somatique » achève de séparer.

Au-delà des compromissions indécises ou intéressées, il y a la grande incertitude doctrinale des psychanalystes eux-mêmes en ce qui concerne la médecine. Freud ne s'est éloigné que peu à peu du vocabulaire médical, tout en affirmant à plusieurs reprises que la psychanalyse ne faisait pas à proprement parler appel à des connaissances médicales ; aussi sa pratique doit-elle être autorisée à des non-médecins, Il a écrit également : « La psychanalyse, à ses débuts, ne fut qu'une méthode thérapeutique, mais je voudrais que votre intérêt ne se portât pas exclusivement sur cette utilisation, mais aussi sur les vérités que renferme notre science, sur les conclusions qu'elle permet de tirer à propos de ce qui touche l'homme de plus près : son propre être, enfin sur les rapports qu'elle découvre entre les formes les plus variées de l'activité humaine[2]. »

Mais dans une large mesure, on continue à considérer que ce qui constitue le champ freudien, est une extension intéressante mais facultative de la psychanalyse, sa vocation essentielle restant la cure des névroses et aussi de quelques « maladies » mentales ou non. Le statut du psychanalyste non médecin reste

mineur dans les institutions psychiatriques et psychopédagogiques où il travaille sous la responsabilité d'un médecin, et avec la menace qu'un règlement administratif ne vienne mettre fin à ce qui n'est qu'une tolérance, d'ailleurs sous-payée. Quand les autorités font opposition, comme ce fut le cas au moment de la fondation de la Société psychanalytique portugaise, les analystes non médecins sont exclus.

Il est vrai que ce n'est pas là soumission au seul pouvoir médical. Les sociétés psychanalytiques ne résistent guère au pouvoir public : les Juifs n'ont-ils pas été écartés de la société psychanalytique allemande du temps du nazisme ? On peut se demander à quoi sert une Société psychanalytique internationale si elle n'est pas capable de faire respecter une décence élémentaire et si elle se prête à n'être qu'une courroie de transmission des pouvoirs publics, comme le fait aussi l'Ordre des médecins. Ce ne sont pas là des événements anecdotiques peu reluisants, dont on peut feindre de croire qu'ils ne se reproduiront pas. Les psychanalystes perdent toute possibilité de résister aux pouvoirs quand ils théorisent comme critère de normalité l'adaptation à la société. En se précipitant pour accepter le strapontin qu'offre l'*Establishment,* surtout médical, mais aussi universitaire, les psychanalystes acquièrent sans doute quelques avantages immédiats, mais y perdent ce qui fait leur vocation propre. Par là, ils suivent la pente du retour discret à l'ordre médical et universitaire. C'est le principe même de la fonction surmoïque d'un *ordre* auquel il faudrait se plier et s'adapter que la psychanalyse met en cause, aussi bien dans son rapport aux pouvoirs publics que dans les cures individuelles.

Par la psychanalyse, c'est la notion même de psychothérapie qui se trouve subvertie. L'hypnose et la suggestion étaient en continuité directe avec le discours médical en ceci que le médecin y gardait la haute main sur les idées justes que le malade

devait avoir — à la place des siennes propres — pour que disparaisse la névrose. Il ne suffisait que de venir à bout de ses « contre-suggestions ». Sans doute certains « analystes » n'ont-ils fait que reprendre cette position en considérant que leur rôle était de donner au patient la juste théorie de son organisation libidinale et que la fonction de l'analyste est de venir à bout des « résistances » qui leur sont opposées : en quoi ils ne font que proposer un endoctrinement plus subtil. Mais la théorie psychanalytique n'est pas un corps doctrinal qu'il conviendrait d'enseigner, elle est l'ensemble des repères qui permettent à l'analyste d'entendre son patient. Ce dont souffre celui-ci est de ne pouvoir dire ce qu'il a à dire, c'est de ne « représenter » ses pulsions que sous la forme méconnaissable de ses symptômes. L'interprétation du psychanalyste n'est donc pas l'énonciation de la juste doctrine, mais la ponctuation des carrefours *signifiants* où s'arrête et se détourne l'énonciation du désir du patient.

Parallèlement, c'est aussi la notion de maladie mentale qui en est subvertie. Le médecin continue d'avoir et ne peut avoir à son égard d'autre formule à proposer que d'en faire un diagnostic d'élimination. Au XIXe siècle, les maladies mentales étaient classées à côté des « fièvres essentielles » comme ne correspondant à aucune lésion anatomopathologique visible. Plus tard, du temps de Charcot et de Babinski, l'hystérie était d'abord un diagnostic d'élimination par rapport aux atteintes neurologiques. Aujourd'hui encore, la médecine n'a rien de plus à en dire, toutes les tentatives pour déceler au niveau tissulaire, cellulaire ou moléculaire, une étiologie des maladies mentales ayant échoué, malgré l'espoir qu'ont pu faire naître les découvertes sur des maladies très particulières comme la paralysie générale, l'idiotie phénylpyruvique ou le mongolisme. En définissant les maladies mentales par le fait qu'elles présentent des symptômes sans cause repérable dans le discours médical,

elle les rejette dans le registre d'un imaginaire qui s'oppose au « réel » ; le réel tel que le pensent les médecins. Ainsi conçu, l'imaginaire ce n'est que l'inexistence, rien du tout. La réponse « vous n'avez rien » du médecin au « fonctionnel », à l'hystérique, au phobique, etc., signifie l'inexistence de ces symptômes dans le discours médical, et finalement l'inexistence du consultant comme tel.

Il n'est pas admissible pour le psychanalyste d'accepter les névroses comme un diagnostic d'élimination à partir du discours médical, et en particulier de pratiquer ou faire pratiquer des examens cliniques et paracliniques destinés à justifier l'indication de cure psychanalytique. En dehors même du fait qu'une telle entreprise inaugurale a toutes chances de constituer un handicap considérable, et peut-être insurmontable, pour l'analyse à entreprendre, elle institue le psychanalyste dans une position médicale qui est démissionnaire par rapport à la discipline proprement psychanalytique.

Dès la publication du cas Dora[3], Freud donne un exemple frappant de ce que peut la clinique psychanalytique dans l'établissement d'un diagnostic : « Un confrère m'a jadis confié, en vue d'un traitement psychothérapique, sa sœur qui était depuis des années soignée sans succès pour hystérie (algies et troubles de la locomotion). Les premiers renseignements semblaient bien s'accorder avec le diagnostic ; je laissai la malade elle-même, dans une première séance, raconter son histoire. Le récit était parfaitement clair, malgré les événements particuliers auxquels il était fait allusion. Je me dis qu'il ne pouvait s'agir dans ce cas d'hystérie... » Ainsi c'est sur l'absence de trouble de la remémoration que Freud fit son diagnostic, qui est donc ici un diagnostic d'élimination à partir de la théorie psychanalytique. La possibilité qu'avait sa malade de faire de sa vie sexuelle un récit circonstancié lui paraissait aussi sûr pour éliminer le diagnostic

d'hystérie que peut l'être pour un médecin la constatation d'un fonctionnement physiologique normal. Aussi ajoute-t-il : « Je fis immédiatement des examens somatiques très soigneux, grâce auxquels je découvris un tabès moyennement évolué qui fut ensuite sensiblement amélioré par des injections de mercure (huile grise) pratiquées par le Dr Lang. »

La clinique psychanalytique permet surtout d'établir un diagnostic positif. J'emprunte encore à Freud les lignes qui suivent : « Peu de temps avant la fin de l'année, j'avais eu un malade dont je ne savais comment faire le diagnostic. Il paraissait avoir une grave maladie organique, peut-être une grave maladie de la moelle épinière, mais je n'en étais pas sûr. Un diagnostic de névrose était tentant, et il eût mis fin à toutes les difficultés, mais le malade repoussait nettement toute anamnèse sexuelle, et je ne puis admettre de névrose sans cette sorte d'antécédent. Dans mon embarras, j'appelai à mon aide un médecin pour qui j'ai le plus de respect et devant l'autorité de qui je m'incline le plus volontiers. Je lui expliquai mes doutes, il les trouva justifiés et dit ensuite : "Continuez à observer votre malade, vous verrez que ce sera bien une névrose." Comme je sais qu'il ne partage pas mon opinion sur l'étiologie sexuelle des névroses, je me tus mais ne cachai pas mon incrédulité. Quelques jours après, je dis au malade que je ne pouvais rien pour lui, et lui conseillai de voir quelque autre médecin. Alors, à ma grande surprise, il s'excusa de m'avoir menti, il avait eu trop honte ; il me découvrit l'étiologie sexuelle que j'avais recherchée et dont j'avais besoin pour admettre la névrose. Cela me fut un soulagement, mais en même temps me fit honte ; je dus avouer que mon collègue avait vu plus clair que moi. Je résolus de lui dire quand je le reverrais qu'il avait eu raison et que j'avais eu tort[4]. »

Il est clair que pour Freud, le diagnostic de névrose ne saurait être posé comme un diagnostic d'élimination et qu'il est indispensable, au contraire, de le poser à partir d'indications reposant sur ce que la théorie psychanalytique nous permet de connaître des névroses. Aujourd'hui, les psychanalystes sont confrontés avec des problèmes analogues. J'ai eu l'occasion de connaître l'histoire d'une femme atteinte d'un état dépressif accompagné d'insomnies et de vertiges. L'éminent neurologue qu'elle consulta estima, après l'avoir examinée soigneusement sur le plan neurologique, qu'il s'agissait de manifestations hystériques et lui conseilla de retourner voir le psychanalyste qui l'avait suivie pendant plusieurs années. Celui-ci affirma, au contraire, que les troubles présentés par la malade ne pouvaient être attribués à sa névrose, parce que incompatibles avec ce qu'il pouvait connaître de sa structure. Peu de semaines après, des signes certains de tumeur cérébrale apparurent, qui n'avaient pas été objectivables au cours des premiers examens, sans doute en raison de l'accroissement de la vigilance de la malade pendant la consultation. Une rapide évolution fatale vint malheureusement confirmer ce que le psychanalyste avait été en mesure de soupçonner avant le neurologue.

Ce n'est sans doute pas dans les mêmes termes que les psychanalystes formuleraient aujourd'hui les principes énoncés par Freud. Les troubles de la mémoire des hystériques seraient mis plus explicitement en rapport avec le transfert. De même dans l'histoire clinique rapportée dans l'*Interprétation des rêves,* on pourrait rappeler à Freud que selon sa propre théorie il aurait dû s'attendre à ce que l'étiologie sexuelle ne lui soit pas dévoilée immédiatement. Autrement dit, l'erreur de diagnostic qu'il avoue avec honte (la même honte que celle de son malade pour parler de sexualité) ne vient que confirmer davantage sa théorie puisque celle-ci ne considère l'étiologie sexuelle comme

étant à l'origine de la névrose que si elle s'accompagne de troubles de la remémoration ou de refus de soumettre les problèmes de la sexualité à l'examen proposé. Tout ceci est déjà pris dans le jeu du transfert et du contre-transfert. L'amnésie de l'un ou la réticence de l'autre sont des symptômes tout aussi dignes d'être notés que les autres symptômes. Il ne s'agit pas de les vaincre, mais de les interpréter. La clinique psychanalytique commence là, aux manifestations transférentielles, ce qui est le lieu où s'arrête la clinique médicale.

Les médecins n'ignorent pourtant pas que l'attachement du malade pour son médecin a une importance très grande dans les termes de la « confiance », soit qu'ils cherchent à le favoriser, soit qu'ils le déjouent quand le malade, par crainte, défiance ou pudeur, cache certains symptômes ou se refuse au traitement. Mais ce constat n'a d'importance que comme élément contingent, inessentiel à la pratique médicale proprement dite. L'évolution de la maladie dépend de l'observance des rites médicaux, indépendamment des sentiments conscients ou inconscients que le malade a pour son médecin.

Aussi la clinique médicale se donne-t-elle, à juste titre, le droit de transgresser tout ce qui concerne les positions subjectives du médecin et du malade. Le médecin se sert de la confiance du malade pour obtenir de lui le plus de renseignements possibles, mais il en obtient aussi des proches du malade et il use de son autorité pour imposer, autant que faire se peut, tous les examens cliniques et para-cliniques possibles afin d'établir son diagnostic avec le plus de certitude et le plus de précision possibles. De même il décide de ce qu'il convient de faire en fonction de critères médicaux que lui seul connaît, et s'emploie à les faire accepter, quitte à minimiser le risque de la solution adoptée (pour ne pas réveiller l'angoisse de son patient), et à tracer un sombre tableau de ce qui adviendra si on n'exécute

pas son ordonnance, afin d'obtenir son consentement. Au nom du principe que le savoir est chez le médecin et l'ignorance chez le malade, il est justifié à décider en maître absolu, chacun ne pouvant douter qu'il sait mieux que tout autre quel est le bien de son malade, et qu'il ne peut pas ne pas désirer ce bien.

La clinique psychiatrique ne diffère pas fondamentalement de la clinique médicale. Là aussi ce qui importe c'est d'obtenir le plus possible de renseignements, et ceux de la famille, de l'assistante sociale y sont recueillis, avec autant sinon plus de respect que ce que dit le malade. Pour une large part, une telle méthode relève de l'interrogatoire policier. Ce qui n'exclut ni les méthodes d'intimidation, ni la ruse. On a parfois comparé l'interrogatoire psychiatrique avec les corridas où le fou, comme le taureau, est attendu à certains carrefours, avec des réactions prévisibles, fonçant sur ce qui le fait voir rouge, et s'offrant ainsi à l'estocade, au terme d'un combat qui n'est même pas duel et dont l'issue est prévisible. Ces brillants combats ont attiré nombre de spectateurs et ont fait la gloire des grands cliniciens. Aujourd'hui, l'utilisation du savoir psychanalytique n'y est pas inutile. Elle permet au moins d'agiter un chiffon rouge de plus. Mais ici la psychanalyse est mise au service d'un projet qui n'est pas le sien, mais médical. Il ne s'agit ici que de justifier l'enfermement, au moins dans une catégorie nosologique préparée à l'avance. C'est aussi une méthode qui a ses limites. Tous les fous ne sont pas des bons taureaux, et la clinique psychiatrique a toujours souffert de ce que tout y était centré autour de ce qui constituait son heure de gloire : la présentation de « beaux malades » par le « patron », joute brillante dont les jeunes médecins s'efforçaient de donner le reflet dans la présentation de malades aux concours. Les contraintes du spectacle privilégient certains malades et, chez chacun d'eux, ce qui se donne à voir. Le spectacle peut même être rendu plus brillant par la

complicité des taureaux dont c'est aussi l'heure de gloire dans le terne univers asilaire. Ce qui se passe dans une consultation publique est nécessairement marqué de l'autosatisfaction que chacun en retire, le clinicien et le malade d'avoir été brillants, les spectateurs d'avoir eu le frisson du voisinage avec la folie et le sentiment d'y avoir compris quelque chose.

Ce qui ne passe pas les feux de la rampe est moins connu de la clinique psychiatrique. De même n'y voit-on guère que le fou apprend vite ce qu'il doit avouer de son délire et ce qu'il doit en « critiquer » en fonction de ce qu'il veut obtenir des psychiatres. Pourtant il l'apprend comme le délinquant apprend vite aussi ce qu'il a intérêt à taire ou à avouer à la police. On sait qu'un tel jeu existe, mais sans plus, c'est-à-dire en tant qu'il vient s'inscrire dans les règles qu'impose la clinique psychiatrique. Pour en rendre compte, il y a, bien sûr, des termes appropriés : méfiance, dissimulation, autisme... qui sont autant d'étiquettes venant s'ajouter au dossier du malade. Ainsi la clinique psychiatrique ne peut-elle connaître que les lieux qu'elle a elle-même constitués, comme étant ceux où elle sait que l'autre vient le plus volontiers trébucher. Lieux qui sont constitués par le discours dominant dont le psychiatre est le porte-parole avisé.

Le lieu où le symptôme apparaît n'est et ne peut être indépendant de sa rencontre avec le discours de l'Autre, et ceci est évidemment aussi vrai quand on s'adresse au psychanalyste que quand on parle au médecin ou au psychiatre, puisque l'Autre, celui que Lacan écrit avec un grand A, recèle le « trésor des signifiants », c'est-à-dire aussi le discours dominant. Le discours analytique n'est pas sans renforcer, dans la mesure où il est largement diffusé, ce discours dominant, et à ce titre, il contribue à constituer une symptomatologie qui serait, sans lui, réparable tout autrement. On appelle ainsi frigidité ce qui n'était

que pudeur ou réserve féminine. Des perturbations de la vie sexuelle ou sociale, rangées autrefois dans les catégories de la perversion, de la délinquance, de la criminalité sont interprétées comme symptômes par les intéressés eux-mêmes, indépendamment de toute contrainte, juridique, sociale ou autre. L'extension de la notion des symptômes va très loin. Quand Lacan dit de la grève qu'elle est un symptôme, ou encore : « La femme, c'est le symptôme » ce ne sont pas là de simples formules paradoxales destinées à enfermer dans une psychopathologie nouvelle des avatars de la vie sexuelle et sociale. Les faits ordinaires et extraordinaires de la vie privée ou publique constituent autant de lieux où peut s'interrompre et par conséquent se cacher le discours de chacun. Ceci ne comporte aucun jugement de valeur, car tout aussi bien, une brillante réussite scolaire, sociale ou professionnelle, et même une « normalité » sans faille, peuvent constituer les forteresses où se réfugie une subjectivité fragile.

La traditionnelle symptomatologie psychiatrique, issue du modèle médical, est de peu de poids au regard de ce que nous impose une clinique qui doit se fonder sur une appréciation des « investissements » du sujet et de leurs insertions dans une vie personnelle et sociale dont nous ne pouvons considérer à priori qu'elle fournit un modèle auquel il conviendrait d'abord que le sujet s'adapte alors qu'il est parfois, sinon souvent, plus fondé à le combattre. Il n'est pas de lieu, y compris l'accomplissement d'une activité scientifique… ou psychanalytique qui ne doive être considéré éventuellement comme un symptôme, définissable comme le refuge où le sujet abrite et esquive les impasses de l'organisation de ses fantasmes.

Puisque tout peut finalement se constituer comme symptôme, puisque la psychopathologie, de la vie quotidienne doit inclure non seulement les échecs, les ratages identifiés par

Freud, mais aussi bien ce qui est généralement accepté, sinon valorisé, à partir de quoi le symptôme est-il repérable par le psychanalyste ? C'est la « règle fondamentale » qui pour le psychanalyste comme pour le patient constitue la mesure où se juge le discours de celui qui le prononce : « Dites n'importe quoi, sans discrimination, tout ce qui vous vient à l'esprit. » Ce n'est pas là un simple impératif technique. Règle que le sujet, en aucun cas, ne peut suivre comme elle lui a été édictée, comme il veut ou croit pouvoir le faire. C'est comme manquement à cette règle que se manifeste le symptôme : c'est-à-dire comme un silence, même si c'est dans l'éclat bruyant d'une pathologie spectaculaire, même si c'est sous la forme d'une mise en acte où la pulsion vient s'enterrer. La règle fondamentale qui est celle où le discours prend la mesure de ses propres impasses n'est pas le fruit d'une réflexion théorique, mais le produit des difficultés que Freud rencontrait avec ses patients et dont les deux citations données plus haut ne donnent qu'un aperçu. Difficultés dont on pourrait dire qu'elles se résument en ceci : *que le patient,* indépendamment de sa bonne ou mauvaise volonté, *ne dit pas ce qu'il voudrait dire, et dit ce qu'il ne voudrait pas dire,* c'est-à-dire que son discours n'est pas celui qu'il croit. C'est donc seulement en fonction de la persistance du discours médical que la consultation auprès du psychanalyste se fait selon le modèle médical traditionnel. Énumération des symptômes par le consultant : interrogatoire plus ou moins systématique afin de faire apparaître une symptomatologie que le patient pourrait méconnaître ou cacher, évaluation de la « force de Moi », reflet très imprécis et vague de la notion médicale déjà vague de bonne santé générale et de robuste constitution. Le plus incertain restant l'évaluation des chances de « guérison », puisque celle-ci ne peut en aucune façon être appréciée comme en médecine, où elle se caractérise

comme retour à l'état antérieur. Sur tous les plans, qu'il s'agisse de séméiologie, de diagnostic, de pronostic, d'indication thérapeutique, la reprise du modèle médical ne peut que détourner de ce qui fait l'originalité, la spécificité de la clinique psychanalytique.

La « demande » du patient, qui ne constitue qu'une entrée en matière même pas nécessaire, jamais décisive pour l'établissement de la relation médicale, prend une place prépondérante dans la relation analytique. Si elle ne l'était pas, l'évaluation de ce qui est symptôme relèverait du pur arbitraire, puisque n'importe quoi peut se constituer comme symptôme, en tant que marquant le point de butée du discours, non seulement les symptômes au sens traditionnel mais aussi ceux — y compris le désir de devenir psychanalyste — qui apparaissent au cours des premiers entretiens, ou beaucoup plus tard au cours de l'analyse. Il est d'expérience courante que, si attentive qu'ait été l'investigation menée au cours des entretiens préliminaires pour recueillir les faits symptomatiques, on ne découvre que plus tard, chemin faisant, des pans entiers de la vie du patient, conduisant à une révision de l'interprétation qu'on a pu donner, dans un premier temps, de son organisation structurelle : ce qui doit détourner le psychanalyste d'un interrogatoire de type policier qui serait une transposition de l'examen clinique de type médical. Ce qui doit aussi l'inciter à la plus grande réserve quant à l'établissement d'un « diagnostic » et d'un « pronostic » précis, au sens où on l'entend en médecine. Car la cure psychanalytique qui sera éventuellement entreprise n'a rien à voir avec l'application d'une thérapeutique dont le psychanalyste serait le maître d'œuvre sur le plan technique. L'objectif donné par Freud d'obtenir la levée de l'amnésie infantile n'est pas à proprement parler une visée thérapeutique, la « guérison » ou, pour mieux dire, les modifications

symptomatiques et structurales étant un *bénéfice de surcroît*. C'est la demande du patient qui soutient, non seulement au cours des entretiens préliminaires mais aussi au cours de la cure, la recherche du matériel refoulé, c'est-à-dire non seulement des événements étant survenus dans la vie et particulièrement la petite enfance du patient, mais surtout la mise en évidence de son organisation fantasmatique, dans une permanence qui relie son histoire à sa vie actuelle.

La clinique psychanalytique, du fait qu'elle est centrée autour de la possibilité d'entreprendre et de poursuivre une cure, met donc en question la demande du patient puisque c'est d'elle que dépendra à tout moment la poursuite de la cure. Étayé par l'énumération de ses symptômes, de ses angoisses, de ses malheurs, le désir du patient est moins évident encore, en ce qui concerne sa guérison, qu'en médecine. La névrose est, d'après Freud, la solution la plus « économique » aux conflits. Il y a donc lieu de s'attendre à ce que la névrose se défende, « résiste » à l'analyse qui remet en cause une organisation névrotique qui ne comporte pas que des aspects négatifs et pénibles. Les mécanismes qui ont présidé au refoulement continuent de fonctionner à l'âge adulte autant qu'à l'époque où leur rôle a été déterminant. La théorie, comme la pratique psychanalytique ne laissent pas. supposer que la cure puisse se dérouler sans difficultés.

Ce qui fait donc question, pour le psychanalyste, c'est ce qui détermine quelqu'un à consulter. Il est remarquable, mais nullement surprenant après ce que nous avons vu, que ce ne soit pas la filière médicale habituelle qui décide le plus souvent des cures analytiques à entreprendre. Remarquable, parce que les médecins sont surchargés de ces névrosés, psychosomatiques, fonctionnels et autres, qui les ennuient parce qu'ils peuvent peu de chose pour eux, et pour lesquels la psychanalyse

offre une issue qui, sur le plan de la symptomatologie traditionnelle, est finalement beaucoup plus « efficace » que la plupart des spécialités médicales auxquelles les médecins n'hésitent pas à avoir recours. Il n'est pourtant pas surprenant que le recours au psychanalyste se fasse généralement en dernière extrémité, après que toute autre tentative thérapeutique ait échoué, et dans les plus mauvaisse conditions, à peu près comme on conseillerait un pèlerinage à Lourdes ou une visite chez le guérisseur. Le psychanalyste consulté dans ces conditions est une sorte de magicien moderne dont on consent à supposer qu'il possède des recettes inexplicables mais peut-être efficaces. Dans de telles conditions, le consultant arrive, porteur d'un discours qui n'est en aucune façon le sien propre, mais celui, ambigu, du médecin qui ne se résigne qu'à regret à cet aveu d'une défaite de la science dont il est le porte-parole. Le psychanalyste est le plus souvent placé dans l'alternative d'avoir à accepter une situation difficile où le consultant est l'intermédiaire d'une partie qui se joue, en fait, entre le médecin et l'analyse, sinon l'analyste lui-même, ou d'avoir à instaurer des bases nouvelles à l'entreprise analytique, au risque de contredire son correspondant… et de se l'aliéner. Car il n'est pas facile de passer du discours médical au discours analytique ni pour le consultant, ni surtout pour le médecin, quelles que soient sa bonne volonté et son ouverture à une discipline qui lui est fondamentalement étrangère.

Ce qui détermine quelqu'un à demander une analyse est peu repérable en fonction des critères médicaux traditionnels. On apprend ainsi que c'est la mort d'un proche, le mariage d'une sœur, l'entrée en analyse d'un ami, le hasard d'une lecture ou même la fin des études, si ce n'est la résolution d'une situation conflictuelle ancienne, la guérison d'une maladie organique, etc. qui ont déclenché la décision. Telle personne qui songeait

depuis longtemps à faire une analyse, mais « n'y croit pas », se décide à l'entreprendre le jour où elle apprend que son mari n'est pas le fils de son père légal ! Tel autre, habitué depuis longtemps à être cocu, sinon consentant, du moins résigné, découvre subitement que la situation est intolérable en lisant une lettre de l'amant de sa femme : elle est bourrée de fautes d'orthographe, ce qui n'est évidemment pas supportable quand on est soi-même professeur de lettres ! On pourrait multiplier à l'infini les exemples que le médecin ne peut accueillir que comme étant de l'ordre de l'anecdotique, du cocasse, mais où le psychanalyste doit y voir des faits, où se révèlent les failles d'une structure. Le consultant ne les met généralement pas en avant parce qu'il ne s'attend pas à ce que ce soit cela qui soit entendu dans son discours, et aussi parce qu'il ne peut rien en faire. Insignifiants pour le moment, de tels faits n'apparaîtront comme signifiants et symptomatiques qu'au regard d'un discours psychanalytique qui reste à instaurer.

La clinique psychanalytique passe beaucoup moins que la clinique médicale par ce qui est comptabilisable dans les catégories nosologiques qui définissent le pathologique. Ce qu'elle prend en compte n'est pourtant pas la « souffrance » du sujet, en tant qu'elle serait identifiée à la douleur qu'il éprouve : l'organisation névrotique supporte la douleur, se supporte d'un masochisme que ne dément pas la plainte de l'intéressé, et l'affirmation qu'il n'aspire qu'à une vie meilleure que celle qui lui est imposée. On se conforte du spectacle de sa douleur plus facilement sinon plus heureusement que des ambiguïtés du discours qu'on peut soutenir à partir de sa position subjective. A celui qui vient s'offrir en spectacle, ou se proposer comme objet à la démonstration de la puissance supposée de l'analyste, celui-ci ne peut qu'opposer son refus d'entrer dans le système

névrotique constitué. Ce refus, c'est-à-dire son silence, c'est ce qui permettra à la cure de se développer.

La question du transfert est déjà présente dans les premières passes d'armes que constituent les entretiens préliminaires. Analysant et analyste s'y mesurent, prennent position et évaluent s'ils se conviennent. Les raisons de la technicité de l'un, de l'intérêt scientifique porté à l'autre qui prévalent dans la consultation médicale, ne peuvent servir d'alibi suffisant à la décision d'une cure psychanalytique à entreprendre. Si le médecin peut prétendre faire taire ses sentiments personnels, si le malade peut n'aspirer qu'à trouver le meilleur spécialiste, on ne peut par contre décider de cette cohabitation que sera pour le moins une psychanalyse pendant des années sans prévoir sur quel mode elle s'engagera. Transfert et contre-transfert sont déjà en place, ce qui ne signifie pas amour ou confiance, mais surtout possibilité d'entrevoir que la partie n'est pas jouée d'avance et que l'intérêt en sera soutenu. Beaucoup d'éléments contingents interviennent dans ces premières rencontres, qui déterminent la décision d'analyse et aussi le choix de l'analyste. Ils ne concourent pas nécessairement au meilleur choix, ni à la meilleure décision, du moins si on veut maintenir la fiction d'une meilleure cure psychanalytique possible.

Car la notion même de cure analytique plus ou moins réussie est également à reprendre dans une problématique nouvelle. Alors que le discours médical est porteur d'une norme (même si cette norme est adaptée aux possibilités que le « malade » peut avoir d'y accéder), alors que pour l'accès à cette norme, il suffit du « consentement » de l'intéressé, la psychanalyse au contraire ne saurait ni proposer un modèle idéal, ni surtout l'imposer, puisque la poursuite de la cure ne peut se faire sans la participation active de l'analysant. Ceci n'exclut pas, bien sûr, que le discours psychanalytique ne soit en lui-même porteur de

ses propres normes. Elles ont été théorisées de diverses façons : force du « Moi » ; accès au *génital love,* levée des refoulements, symbolisation de la castration, etc. Elles ne sont retenables que dans les conditions particulières de l'analyse « didactique », où, bien évidemment, on est en droit d'attendre du futur analyste qu'il sache au moins pour lui-même ce qu'est une psychanalyse, et où le situe son fantasme par rapport à cet objet « a » d'où il tiendra son discours. Mais nul n'est obligé de devenir psychanalyste, et c'est au contraire la fonction de l'analyse dite didactique que de remettre en cause les projets les plus arrêtés et selon toute apparence les plus justifiés.

« Thérapeutique », une psychanalyse peut l'être dite, à condition qu'on n'omette pas de mettre là aussi les guillemets de rigueur. L'éventuelle disparition du symptôme, au sens médical habituel, n'y suffit nullement, car tel qui voit s'effacer les troubles dont il se plaignait ouvertement n'y prend souvent même pas garde tant il est préoccupé du délabrement de sa vie qu'il ne pouvait préalablement s'avouer, alors que tel autre dont la vie est transformée par l'analyse continue à affirmer la persistance d'un symptôme phobique, obsessionnel ou autre, qui ne le gêne pourtant parfois plus du tout. Et que faudrait-il dire de ces analyses qui apportent un tel bouleversement que c'est un autre membre de la famille qui s'effondre, « décompense » du fait que l'analysant cesse de se prêter au jeu névrotique ou pervers dans lequel il était engagé ? L'expérience de l'analyse montre sans conteste que toute vérité n'est pas bonne à dire, ou du moins que les conséquences de sa révélation ne sont souvent pas considérées comme acceptables. On conçoit que bien des analyses — c'est particulièrement sensible pour les analyses d'enfants — tournent court pour des raisons qui n'ont rien de technique. La « résistance » de l'analysant se justifie dans bien des cas. Elle est d'un tout autre ordre que le refus du traitement

en médecine. Elle est aussi une plus efficace protection contre l'impérialisme psychanalytique que les protestations du malade contre l'impérialisme médical.

Parler de la clinique psychanalytique est une gageure à quoi je ne me risquerai pas ici, me bornant à en évoquer quelques aspects. Pour le faire, il faudrait d'abord étudier un certain nombre de ces failles du discours médical que colmate avec plus ou moins de succès son idéologie. Il est en effet trop tentant, trop facile de faire de la psychanalyse ce qui viendrait heureusement compléter du côté du psychisme ce que la médecine fait du côté du corps. Le discours médical est déshumanisant en ce qu'il étudie la maladie et la sépare de l'homme qui n'y fait figure que de terrain. Cela ne signifie pas que la psychanalyse puisse prétendre à constituer cette anthropologie que la médecine ne peut construire. La psychanalyse pour sa part ne connaît de l'homme que son *manque à être,* par la parole où il en témoigne. En constituant un savoir sur l'inconscient — ce savoir qui ne se sait pas lui-même — , le discours psychanalytique donne matière à toutes les formes du dogmatisme et de l'impérialisme. S'y prêtent avec complaisance tous ceux qui tournent autour de la psychanalyse dans l'espoir d'y trouver un ultime relais aux défaillances du discours dominant (ce qui ne comprend pas seulement la médecine, mais aussi la morale, la politique...). Mais ceci n'a plus rien à voir avec la clinique : c'en est bien plutôt la négation, puisqu'il n'y est question que d'introduire un ordre fondé par définition sur ce que le sujet ne peut reconnaître.

Parler de la clinique psychanalytique pose surtout le problème du *secret,* cette difficulté dont la médecine se débrouille elle-même si mal. Que devient le discours du patient en analyse ? Il est évident que si celui-ci est divulgué, l'analysant ne pourra pas parler, ou parlera tout autrement du seul

fait qu'il en connaîtra ou soupçonnera la publicité. Mais il est non moins certain que si de son analyse, il ne peut attendre que d'être renvoyé à lui-même, à sa propre histoire, son discours est discrédité d'avance de n'être voué qu'à être fermé sur lui-même, sans effet possible sur celui à qui il s'adresse. Or, il est certain qu'un analysant ne parle pas à n'importe qui. « Dora » venait vers Freud pour un sérieux contentieux à régler avec les médecins, et singulièrement avec celui de son père. « L'homme aux rats » venait à l'homme de la *Psychopathologie de la vie quotidienne.* « Le petit Hans » parlant au professeur de son père se demandait si ce n'était pas le Bon Dieu. « L'homme aux loups » fut accrédité d'adopter une contribution essentielle à la psychanalyse. Et « le Président Schreber », pour n'avoir pas fait une psychanalyse, n'en tenait que plus évidemment à témoigner devant le monde entier de sa prodigieuse aventure en la publiant. Les psychanalystes seraient mal venus de se réfugier derrière les nécessités, par ailleurs évidentes, de la discrétion pour ne rien dire de leurs expériences ou pour en réserver la publicité à des cénacles si étroits qu'ils s'y enterrent. S'il est difficile pour le psychanalyste de faire état de son expérience clinique, c'est parce que s'y révèle nécessairement ce que lui-même fait des discours qui lui sont adressés : des ragots peut-être, ou bien des occasions de faire preuve de son savoir ou de son habileté.. Il est hors de doute qu'une analyse prendra un tour tout différent si l'analysant a la certitude, comme ce fut certainement le cas pour les premiers patients de Freud, qu'ils contribuent effectivement à la constitution d'un discours recevable non pas en apportant un matériel inerte offert à un discours constitué, mais en mettant en cause la position de celui qui l'énonce.

Quel est le statut de celui à qui parle le consultant du médecin et du psychanalyste ? Au départ, il est certainement le

même. Celui du grand Autre comme lieu où se trouvent capitalisés les signifiants, où peut s'inscrire sa souffrance, dont il ne peut savoir par lui-même ce qu'elle est. L'aventure médicale vise à répondre à cette demande aux fins de la supprimer. Elle cesse en effet dès que le malade est pris en charge par la médecine, puisque ce n'est pas elle qui conditionne la poursuite ou l'arrêt de l'intervention médicale, mais une logique qui découle de ce que la médecine sait de la maladie. Avec l'analyste, c'est le soutien de la demande qui est au contraire le moteur de la cure, et son savoir ne vise pas à être réducteur puisqu'il ne pourrait que réduire cette demande, s'il s'exerçait comme un pouvoir, fût-ce un pouvoir de guérir.

J. Guey, dans sa thèse[5], a étudié les effets d'une collaboration confiante et éclairée de part et d'autre entre médecins et psychanalystes autour d'un symptôme particulièrement remarquable, la crise d'épilepsie : le haut mal, le mal sacré, la maladie des comices. La médecine s'organise nécessairement autour de la disparition du symptôme, et aussi autour du tracé électro-encéphalographique, cette écriture de la maladie, dont on sait pourtant qu'il n'est ni constant, ni absolument significatif. Si les crises sont bien supportées, peu gênantes pour le malade, parfois même recherchées par autostimulation, cela reste toujours de peu de poids au regard du médecin. De même que les troubles psychiques graves qui accompagnent souvent la disparition des crises n'interviennent que peu dans les décisions thérapeutiques. Ce qui est le plus remarquable est pourtant la place mineure qui se trouve accordée au psychanalyste par la médecine et par les familles, malgré l'influence certaine des événements survenus dans la vie de l'épileptique, en particulier les approches psychothérapiques. L'ordonnateur reste en toute circonstance le médecin, malgré le caractère souvent décevant des traitements médicamenteux.

« Il n'y a pas de dialogue », dit Lacan dans un tout autre contexte. Cette formule devient particulièrement évidente dans la confrontation entre médecin et malade, puisque ce dernier est voué à se taire, pour ne laisser la parole qu'aux symptômes. Elle l'est aussi entre médecin et psychanalyste dont les discours se croisent parfois autour des mêmes symptômes, mais ne s'articulent pas. Il n'y a, bien entendu, pas de dialogue non plus entre le patient et le psychanalyste, mais ceci est une autre histoire qui fait l'objet précisément de la cure psychanalytique.

NOTES

1
A. Lussier, « Évaluation des candidats à la promotion psychanalytique », in *Études freudiennes,* 1-2, 1969, p. 98.
2
Freud, *Nouvelles Conférences. Éclaircissements, applications, orientations.*
3
Freud, *Cinq Psychanalyses,* PUF, p. 99, note I.
4
Freud, *Interprétation des rêves,* PUF, p. 260.
5
J. Guey, *Du discours médical à la parole du « sujet » : l'épilepsie,* thèse, 1975, Université de Provence.

13

Sémiologie clinique et sémiotique

Une question ne peut manquer de se poser à partir du constat que le mot *sémiologie* (ou *séméiologie)* n'a pas la même acception et ne recouvre pas une pratique comparable en médecine et en linguistique. Pourtant la sémiologie est, ici comme là, définie comme « science des signes ». De cette remarque préliminaire, nous pouvons au moins supposer que c'est de la science et des signes que médecins et linguistes n'ont ni la même pratique, ni la même idée. En relevant que ces mots n'ont pas la même signification dans la bouche d'un médecin et dans celle d'un linguiste, nous sommes évidemment conduits à réintroduire la question du Sujet qui parle. Ce n'est pourtant pas à une catégorie idéaliste du Sujet que nous nous référons, parce que le Sujet dont il s'agit, c'est celui qui est définissable comme tenant un certain discours, le médical ou le linguistique.

Au moins pouvons-nous affirmer dès maintenant que l'ambiguïté qui vient d'être relevée est elle-même un signe ; signe d'une évolution double et parallèle du concept « signe » dont il convient de prendre acte. Évolution qui n'est pas sans transparaître, sinon dans la définition, du moins dans l'usage des mots, puisque les médecins contemporains parlent presque exclusivement de sémiologie, alors que les linguistes parlent

indifféremment de sémiologie et de sémiotique (comme le faisaient les anciens médecins).

Réunis sinon par les mêmes choses, du moins par les mêmes mots, médecins et linguistes ne se rencontrent guère. Ou plutôt, si les épistémologistes contemporains, comme le note justement Dominique Lecourt, se sont beaucoup intéressés à la médecine, c'est une démarche sans retour. Aussi la sémiologie médicale ne se trouve-t-elle en quoi que ce soit modifiée par les travaux des épistémologistes. Sans doute n'a-t-elle pas à l'être et, de ce point de vue, on peut situer l'épistémologie contemporaine dans la tradition philosophique, inapte à modifier le cours de la Science. Mais encore reste-t-il à se demander, dans ces conditions, si ce trajet en sens unique ne donne pas à la critique épistémologique une caution scientifique à une élaboration qui ne l'est pas forcément.

C'est autour du mot « symptôme » qu'il me paraît intéressant de poser quelques questions. Dans son livre *Naissance de la clinique,* M. Foucault s'y arrête, non sans quelque embarras. Le symptôme, dit-il est une « couche primaire indissociablement signifiante et signifiée[1] ». Aussi le rapport $\frac{\text{signifiant}}{\text{signifié}}$, donne par les linguistes comme constitutif du signifie signe ne serait pas applicable au symptôme, ce qui semble le désigner comme le lieu où se croisent signifiants corporels et linguistiques, et mériterait d'être développé, en particulier à partir de ce que nous apporte sur ce sujet la clinique de l'hystérie. Nous ne sommes guère éclairés quand Foucault ajoute : « C'est la souveraineté de la conscience qui transforme le symptôme en signe[2]. » La conscience se trouve ici en quelque sorte identifiée au « regard » médical, à cet accès au visible dont on sait que l'auteur fait le temps essentiel de la démarche médicale. Mais la référence faite ici à la « conscience » n'est guère plus

convaincante pour les philosophes, que celle au « regard » ne l’est pour les médecins qui sont de plus en plus portés à parler en termes de messages, d’informations, d’échanges cellulaires, et qui n’en sont certainement plus à identifier la maladie au visible de l’anatomie pathologique.

Le dictionnaire de Ducrot et Todoroff ne va guère plus loin en définissant le symptôme comme « signe naturel ». Car si le signe reste du domaine de la linguistique, que veut dire que la nature parle ? En reconnaissant que la relation au « réel » décrite par le symptôme « n’est pas du type signifiant-signifié » mais du type « signe-référent », il semble qu’on veuille le maintenir rattaché aux catégories linguistiques, ce qui se précise quand on ajoute que le symptôme médical, pour être « naturel », n’en reste pas moins conventionnel, l’exemple donné étant : « On ne tousse pas de la même manière en France et en Nouvelle-Zélande[3]. » On peut imaginer que de telles considérations doivent laisser les médecins dans une infinie perplexité, non sur la sémiologie qui est la leur, mais sur ce qu’en disent les linguistes, et l’exemple leur paraîtra aussi futile qu’un glose sur l’ictère chez les nègres ou les variations de l’expression de la douleur selon les traditions culturelles. Ce sont là des faits absolument contingents par rapport à une démarche médicale qui vise justement à dégager les symptômes des contingences raciales, culturelles ou autres, pour ne les retenir que comme signifiants inscriptibles dans le langage médical.

Au sujet du symptôme « toux », il me paraît plus intéressant de nous arrêter sur ce que m’en disait une patiente, qui définissait son état comme étant dépressif. Cet état, estimait-elle, lui attirait la méfiance, le mépris, l’ironie du village où elle habitait. Inversement, cette véritable persécution dont elle était l’objet était en bonne partie responsable de sa dépression. Ce qui retenait particulièrement son attention, c’était la « toux », ou

plutôt le « toussotement » car c'est par ce moyen que les commerçants, la bonne et les rares personnes qu'elle fréquentait lui montraient qu'ils se moquaient d'elle, lui indiquaient que tout un discours hostile se développait dans son dos.

Ce « on toussote » était accompagné d'une remarque surprenante : « Évidemment, c'est pendant l'hiver que je vais le plus mal, parce que c'est à cette époque qu'il y a le plus de toussotements. » Effectivement, c'est vers la Toussaint (tousse, hein !) que je voyais apparaître ma malade, qui disparaissait à Pâques. Sa remarque pouvait prêter à sourire, du fait de l'entremêlement de deux ordres de causalité différents, celui de la toux due au froid, et celui du toussotement dû à la persécution. Mais une logique implacable lui permettait de dire que si les gens toussotaient davantage en hiver, c'est parce qu'elle-même allait plus mal en cette saison. Cette malade avait déjà consulté plusieurs médecins qui avaient fort bien « compris » son cas, c'est-à-dire qu'ils s'étaient employés à rompre le cercle vicieux « dépression-persécution », soit en lui conseillant de s'éloigner du village, soit en lui donnant des antidépresseurs. Sans résultat, comme on s'en doute.

Ma patiente, donc, s'embrouillait autant que le dictionnaire de linguistique dans la distinction entre signe et symptôme, mais son discours incitait du moins à situer la toux plutôt du côté du *signe médical* (comme représentant d'une irritation bronchique ou autre) et le toussotement du côté du *signe linguistique* (en tant que représentant du discours supposé du village). Notre théoricienne ne s'en tenait pas là. Car si elle n'avait rien d'autre à dire sur le toussotement et la toux, elle avait par contre collecté toute une série d'autres indices de la malveillance du village : regards fuyants ou arrogants, sourires suspects, coups d'avertisseurs des automobilistes, portes claquées par la bonne, etc. Aucun de ces indices n'était en lui-même

probant, mais leur accumulation, cette série de pseudo-coïncidences ne pouvait lui laisser aucun doute sur la réalité de la persécution. Ainsi font les psychotiques, plus précisément les paranoïaques qui ne détiennent jamais une preuve formelle justifiant leurs idées délirantes, mais qui accumulent des indices dont ils ne doutent pas qu'ils aient une *signification*.

Mon intérêt pour cette patiente était de décider *où* elle délirait afin de repérer *où* nous-mêmes risquons de dérailler quand nous parlons de signes. Il nous faut dire un mot de ce qu'est un délire. Il est en effet bien clair qu'une idée délirante n'est pas la même chose qu'une idée fausse, ne nous en déplaise à nous qui pensons penser juste. Une théorie fausse, par exemple, n'est pas un délire. Et réciproquement un délire ne cesse pas d'être tel si son contenu s'avère exact. Ainsi, comme on l'a remarqué depuis longtemps, ce n'est pas en devenant cocu qu'on guérit d'un délire de jalousie, et ce n'est pas en obtenant les faveurs de l'objet aimé qu'on guérit de l'érotomanie. Du reste, en ce qui concerne ma patiente, le contenu du délire, qui se résume dans la phrase : « On dit du mal de moi » avait toutes chances d'être assez vrai, car il est probable qu'on jasait dans le village, sur cette femme de notable, assez fruste et peu avenante.

Ce qui nous fait décider que cette patiente est psychotique, ce n'est même pas qu'elle soit interprétante, de façon abusive, car l'interprétation est assez pauvre, mais plutôt parce *qu'elle instituait des éléments du réel* (toux, coups d'avertisseurs) *comme étant des indices* à recueillir, des éléments *interprétables,* c'est-à-dire qu'elle les constitue comme des *signifiants,* faisant partie d'un discours, difficiles à comprendre sans doute, mais dans leur principe compréhensibles. Elle avait, en somme, la même attitude à leur égard que celle du savant devant les hiéroglyphes, illisibles pendant des millénaires, mais dont on

ne pouvait douter qu'ils étaient une écriture et par conséquent porteurs de signification. On peut ainsi reconnaître l'existence d'une chose signifiante avant d'en avoir dégagé la signification.

Ce n'est certes pas de la folie que de vouloir déchiffrer des hiéroglyphes. Et ce n'est pas non plus de la folie que de vouloir interpréter le réel : ce que font les scientifiques. Mais justement, ceux-ci n'interprètent pas le réel comme constitué de signifiants organisés en discours, car c'est au contraire le discours des scientifiques qui est l'organisateur de ce qui se constitue, par lui, comme réalité.

Ma patiente, en admettant qu'elle pouvait se tromper, d'une part sur le fait qu'un élément du réel était à interpréter et, d'autre part sur la signification à donner à cet élément, le désignait comme signifiant. Car le seul point sur lequel elle était inébranlable, c'était que ces éléments mis les uns après les autres, ne pouvaient être sans signification. Donc, ils constituaient un discours. Ce qui lui paraissait convaincant, ce n'était pas un rapport signifiant-signifié, mais l'existence d'une chaîne de signifiants. C'est à partir de là qu'elle concluait à l'existence d'un discours, et nous pouvons d'autant plus volontiers lui en donner acte qu'elle rejoignait là ce que dit Lacan du procès de la signification, quand il fait dépendre celle-ci non du rapport signifiant-signifié, mais de la séquence signifiante. Lacan nous disant que ce qui se trouve d'abord signifié dans tout discours, c'est le Sujet qui l'énonce, nous voyons bien que ma patiente n'avait pas tort de désigner l'existence d'un Sujet pour tenir ce discours.

C'est le village qu'elle désignait comme Sujet tenant ce discours, et sur ce point nous ne pouvons plus la suivre. Ou plus exactement, puisque nous ne réfutons pas la probabilité de la médisance, ce que nous refusons, c'est de croire que le village s'applique à lui signifier son mépris dans tous les indices qu'elle

croit pouvoir recueillir et qu'elle élève au rang de signes — de signes linguistiques. Nous serions plutôt tentés de lui répondre : « Il n'y a pas de Sujet possible pour tenir le discours que vous croyez. Il n'y a donc pas de discours, et vous vous trompez de sémiologie. »

Il est clair que la sémiologie des médecins n'a rien à voir avec la sémiologie des linguistes. Les signes qu'étudie la linguistique sont des *signes arbitraires,* puisqu'il n'y a aucun lien de causalité entre un signifiant et le « référent » qu'il représente. Par contre, ils sont *conventionnels,* c'est-à-dire que c'est à travers la convention d'un langage commun qu'ils peuvent être reconnus par les interlocuteurs au sein d'une même communauté linguistique. A l'inverse, les signes que recueille le médecin sont directement *rattachables à la « réalité »* qu'ils représentent (on ne parle plus de référent). Ils ne sont pas conventionnels, ne dépendent pas de la langue parlée par le médecin ou le malade : ils préexistent au langage.

Les signes médicaux n'obéissent pas aux lois de la linguistique. S'ils se groupent, c'est en syndromes et non en syntagmes ou en paradigmes. La survenue d'un signe insolite ne vient pas y faire métaphore. Rien ne s'y trouve de l'ordre de l'allusion et il n'y a pas de poétique des signes médicaux. Jamais un médecin ne soupçonnera un signe d'être menteur, car s'il peut être trompeur, c'est parce que le médecin peut se tromper, et non parce que l'organisme ment.

Ce n'est pas sans difficulté que la médecine a pu se constituer un univers de signes qui lui soit propre. Car tant que prévalait une conception ontologique de la maladie, la distinction était nette entre la maladie elle-même et ses manifestations symptomatiques et même anatomo-pathologiques. Les médecins étaient donc portés à s'intéresser à l'*Être de la maladie* et à discourir à son sujet, mais ils ne prêtaient que peu d'attention à la

symptomatologie qui n'était que *l'apparence,* toujours trompeuse et suspecte. La classique distinction entre l'Être et l'Apparaître y trouvait son compte. C'est parce que les cliniciens ont peu à peu accepté l'idée que tout signe recueilli se rattachait nécessairement à une réalité et ne pouvait être interprété qu'à partir de celle-ci, que la sémiologie médicale a pris son essor. M. Foucault accorde une place de choix à la lésion anatomopathologique comme constituant cette réalité dernière, prévisible à partir de la symptomatologie et marquée du sceau de la mort (celle de l'homme et celle de l'organe). Mais en dehors même du fait qu'aux yeux de la médecine contemporaine, l'atteinte organique est loin de constituer le repère essentiel auquel la maladie doit être référée, il ne me paraît pas possible d'accepter cette dichotomie entre la lésion et les symptômes qui la représentent, car elle n'est pas sans reconstituer la dichotomie entre l'être de la maladie et son apparence symptomatique.

L'évolution de la médecine se fait dans un tout autre sens. La sémiologie toujours plus approfondie que permet la multiplication des examens paracliniques, allant jusqu'au regard direct par les techniques de la biopsie et de l'endoscopie, tend à identifier de plus en plus le signe recueilli avec la réalité de la maladie. Parallèlement, la distinction entre les causes et les effets tend à s'estomper, ce qui permet aux auteurs contemporains de dire qu'on meurt tout autant des effets de la maladie que de celle-ci, les deux tendant à se confondre : d'une part, la recherche de l'étiologie s'avère de plus en plus complexe, problématique et finalement spéculative, et d'autre part la clinique et la thérapeutique deviennent chaque jour plus proches d'une symptomatologie qui s'enrichit et sur laquelle on peut agir directement. Ainsi se réduit l'opposition entre l'Être et l'Apparaître.

Ce trajet, ce progrès de la sémiologie médicale n'est certainement pas sans rapport avec l'intérêt que lui portent les épistémologistes contemporains. Car il y a un parallélisme évident entre l'élimination progressive de la maladie comme Être et le rejet par l'épistémologie de la catégorie de Sujet en tant qu'Être supposé libre, autonome, auteur de son discours et se manifestant dans sa vérité et sa tromperie sous les apparences de la parole. Après Bachelard, pourtant suspecté d'idéalisme, avec Canguilhem pour l'histoire de la médecine, Foucault pour le discours, Althusser pour le matérialisme historique, il y a un même refus du recours explicatif au génie du savant, de l'auteur ou du personnage historique providentiel. Et ce refus est évidemment fécond dans la mesure où il permet d'interpréter l'événement en fonction d'une conjoncture où l'homme ne joue plus que le rôle d'instrument.

Il n'y a pas lieu de revenir sur le bien-fondé de cette position qui, d'autre part, est et se veut politique, puisqu'elle dénonce l'idéologie humaniste comme destinée à entretenir l'illusion d'autonomie du Sujet, afin de masquer la disparité des conditions sociales, économiques, culturelles, historiques, ces conditions étant les seules à retenir pour permettre une interprétation correcte de l'histoire de la pensée, des sciences et des faits politiques.

La question du Sujet, cependant, n'est pas identique à celle de l'Être. La valorisation abusive de la fonction de l'auteur n'est pas le fait du discours scientifique, mais celui de l'histoire des sciences, plus exactement de cette histoire spontanée, naïve, faite d'ailleurs le plus souvent par les scientifiques eux-mêmes, et qui confond l'histoire de la science avec l'hagiographie des savants. En médecine, on accole ainsi souvent à un signe ou à une maladie le nom de celui qui l'a décrit. Mais ceci est le fait des continuateurs et admirateurs, non du savant lui-même. Et

il est au contraire remarquable que dans le discours scientifique proprement dit, la dénonciation du Sujet de l’énonciation s’y fasse explicitement par le recours au « nous » qui n’est nullement un pluriel de majesté, mais qui indique que l’auteur ne parle pas en son propre nom, mais au nom de la communauté scientifique. Car son nom à lui, il est relégué en bas de page, comme signature inutile pour la compréhension d’un texte qui ne se justifie que de sa cohérence et de la vérité de ce qu’il énonce.

Cette chute du Sujet de l’énonciation, c’est ce dont Lacan prend acte quand il parle du « discours du maître » en inscrivant le Sujet $ sous la barre, cependant qu’au-dessus d’elle c’est la seule séquence des signifiants qui apparaît :

$$\frac{S_1}{\$} \ldots\ S_2\ S_3\ S_4 \ldots$$

L’abus que fait l’historien en relevant le nom de l’auteur ne tient pourtant pas au fait qu’il dénonce le discours scientifique dans ce qu’il prétend être, c’est-à-dire énoncé par un auteur virtuellement anonyme et constitué par une articulation des signifiants qui le constituent en savoir. Son abus est de ne rien faire d’autre de cette exhumation qu’un mémorial à la gloire de l’auteur, parfaitement inutile pour la science elle-même, et obscurcissant pour l’histoire des sciences, en lui accolant les attributs idéologiques du génie, du sens de l’observation, de la chance, etc. D’un tout autre intérêt serait un tel travail s’il était tenu compte de ce que Lacan indique par la barre qui traverse le S, c’est-à-dire la division du Sujet. Car dans cette collusion qui s’est toujours faite entre scientifiques et historiens de la science, le bénéfice de l’opération n’est pas à considérer sous son

aspect trivial, de permettre que d'autres se chargent d'assurer la gloire du savant, lequel peut ainsi rester personnnellement modeste. Il s'agit bien plus de *masquer le Sujet en tant qu'il est divisé*. C'est là un point sur lequel il faudra revenir.

En ce qui concerne la mise à l'écart de la subjectivité, on ne saurait surestimer le bénéfice que trouvent — chacun pour soi — le médecin et le malade dans le travail scientifique que constitue l'acte médical. Tout s'y trouve mis en place pour que chacun y soit subjectivement désengagé. Le médecin, d'abord, qui n'est là qu'en tant que représentant de valeurs incontestées (humanité, science…) et le malade à qui se trouve démontré que sa souffrance se réduit à la douleur, une douleur qui n'est qu'un signe, comme n'importe quel autre signe recueilli à l'examen. Le malade, lui aussi, fait ainsi l'économie de l'aveu de ce qui est au moins l'autre versant de sa souffrance, c'est-à-dire son angoisse. C'est donc une règle de déontologie que le médecin n'introduise aucune passion, et c'est aussi ce qui est attendu du malade qu'il ne se laisse pas aller à ses craintes, à sa pudeur ou à tout autre sentiment. Si le contrat implicite est rompu, en particulier si le symptôme ne peut être rattaché à rien d'objectivable, le malade est rejeté et avec quelle fureur parfois, quand il s'agit d'hystériques, traitées de menteuses ou, plus scientifiquement, de pithiatiques. Au moins lui répond-on : « Vous n'avez rien. »

Revenons à ma patiente et au symptôme « toux ». Le médecin ne peut s'en tirer dans ce cas en affirmant que ce symptôme, « ce n'est rien », puisque justement c'est ce qu'elle-même affirme, qu'aucune raison organique ne suffit à expliquer la toux de ses persécuteurs. Le médecin l'exhortera donc peut-être à une attitude scientifique, identique à la sienne, c'est-à-dire à interpréter la toux comme vraisemblablement due à une atteinte organique des tousseurs, et à se désintéresser de la subjectivité

des gens, de leur malignité réelle ou supposée. Mais c'est bien là justement ce à quoi ma malade ne pouvait consentir, parce que, si elle se servait de l'ambiguïté toux-toussotement, c'était parce qu'elle avait à établir, avec les moyens à sa disposition, qu'un discours était à établir sur quelque chose dont la signification lui échappait.

Le psychanalyste, s'il s'en mêle, aura une attitude tout autre à l'égard de cette patiente puisqu'il reconnaîtra d'abord l'existence d'un discours entendu par la malade dans cette accumulation des indices recueillis par elle. Espérons qu'il consentira aussi à n'y comprendre rien et se dispensera ainsi de proposer d'autres interprétations ; la seule question qui se pose étant celle du Sujet de ce discours. Bien entendu, ce ne sont pas les villageois, mais elle-même qui est le Sujet de ce discours, et c'est parce que le contenu du discours est marqué de forclusion qu'elle en attribue l'origine aux autres, et particulièrement à cette domestique dont les toussotements sont les plus insistants. Mais gardons pour nous l'hypothèse que l'inavouable se situe sans doute dans la relation de ma patiente à cette autre femme qui est sa bonne. Car ceci est une autre histoire, une histoire qu'il ne m'appartient pas de dévoiler.

Pour ce qui nous concerne, je ferai maintenant quelques remarques :

1. *Sur la confusion* qui résulte de l'utilisation par les linguistes et par les médecins du même mot sémiologie (ou sémiotique) et aussi du mot signe. Quelques formules lacaniennes peuvent nous éclairer :

• *Ire formule :* « Un signe c'est ce qui représente *quelque chose* (et non un Sujet) pour quelqu'un (qui sait le lire). » Ainsi le médecin peut-il interpréter les signes qu'il recueille. La sémiologie médicale est devenue scientifique en établissant les

rapports fixes, non problématiques *entre ces signes et les choses* qu'ils représentent.

• *2e formule :* « Un signifiant, c'est ce qui représente un Sujet pour un autre signifiant. » Ainsi, la question du Sujet peut être réintroduite sans recours à ses attributs idéologiques traditionnels, à partir du moment où il est défini par sa représentation dans un système de signifiants, *c'est à-dire là seulement par où il se signifie.*

2. Sur le symptôme. Il est clair que pour le médecin le symptôme est devenu synonyme de signe, au sens où Lacan le définit, et non pas dans un rapport signifiant-signifié comme le définissent les linguistes. Aussi, devant un symptôme, le travail des médecins est réducteur. Un symptôme renvoie en droit, sinon en fait, à quelque chose. Il n'y a nul Sujet derrière le symptôme médical. C'est là l'acquis du rejet de l'ontologie de la maladie.

Le problème est différent pour le symptôme psychiatrique (névrotique, psychotique ou pervers), mais l'attitude médicale continue à procéder de la même méthodologie. Elle consiste à lire les symptômes comme représentants de quelque chose (infection, intoxication, dégénérescence, troubles hormonaux, etc.), au moins à tenter de les grouper en syndromes (schizophrénie, paranoïa, névrose obsessionnelle...) constituant autant d'entités nosologiques. Et c'est encore une attitude médicale qui consiste à lier le symptôme à une catégorie fondée à tort ou à raison sur la théorie psychanalytique (fixation affective, stade du développement libidinal, structure...).

Le symptôme psychiatrique devient psychanalytique quand il est pris non comme un signe, mais comme un signifiant. Il renvoie non à quelque chose, mais au Sujet lui-même. A ce titre, il n'est pas réductible et ne peut se transformer qu'en accédant à

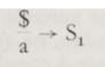
la signification, c'est-à-dire en prenant place dans la chaîne des signifiants par où le Sujet se représente.

Il reste que tout symptôme doit être considéré comme ayant deux versants, l'un où il peut être pris comme un signe (c'est la complaisance somatique dont parle Freud, la référence ultime au corps que laisse apparaître toute analyse de névrosé) ; l'autre versant est celui par où tout symptôme peut se constituer comme signifiant, le Sujet s'y représentant dans sa castration à travers les signes de sa défaillance organique (ce qui a été fort bien décrit par Thomas Mann dans *La Montagne magique)*.

3. *Sur le délire,* en tant qu'il est à rapprocher du discours scientifique. C'est un des mérites de Freud d'en avoir fait le rapprochement, au moins sous la forme d'une réponse énigmatique : « J'ai réussi là où le paranoïaque échoue[4]. » Il est vrai que quand Freud, entendant dans une séance les borborygmes émis par son patient, dit que son intestin se mêle de la conversation[5], on doit se demander ce qui distingue cette attitude interprétative de celle de ma patiente au sujet des toussotements.

Lacan, pour sa part, demande pourquoi on ne prendrait pas en considération les théories proposées par les malades dans leur délire tout autant que celles qui nous sont infligées par tant de livres ennuyeux. Toutefois, ce n'est pas à partir du délire, mais du discours de l'hystérique, comme on sait, que s'est élaborée la théorie psychanalytique. Cela ne signifie pas que l'hystérique nous ait apporté un savoir introuvable dans les livres, mais qu'elle a réintroduit, qu'elle a mis à la première place la question du Sujet en tant qu'énonciateur du discours, du Sujet dans sa division. Encore faut-il ajouter qu'à cette place, l'hystérique n'aurait pu être que rejetée, comme elle l'est par le médecin, si la psychanalyse n'avait révélé ce que le

discours a pour fonction de voiler, c'est-à-dire le lieu où le Sujet se soutient de son fantasme, l'« objet a ». Car on savait bien évidemment avant la psychanalyse, et à partir de la seule clinique, que c'est à partir de sa subjectivité que l'hystérique produit les symptômes ($? S_1). Ce que le psychanalyste a montré, c'est que la vérité de la position subjective se dévoile en mettant le Sujet ($) en relation avec son rapport masqué à la jouissance $ ◇ a. Ce qui permet d'écrire pour l'hystérique



Du délire dont on sait à quel point il peut prendre l'allure du raisonnement rigoureux, et aussi les termes, voire l'appareil du discours scientifique, nous ne dirons pas qu'il se distingue de ce dernier parce qu'il est faux, mais bien *parce qu'il constitue une théorisation de la jouissance de l'Autre*. C'est donc du discours du psychanalyste qu'il se rapproche le plus (et c'est pour cette raison que la comparaison entre théorie et délire est venue sous la plume du psychanalyste et non sous celle du scientifique). Notre propos n'est pas d'approfondir ici ce problème. Disons seulement que la question mérite de rester à tout moment posée, car on ne saurait prétendre que le psychanalyste (par les vertus sans doute de la psychanalyse didactique) n'est pas subjectivement impliqué dans les interprétations qu'il donne, à la différence du psychotique qui projette ses propres fantasmes. Ce serait là singer le discours scientifique dans sa prétention à mettre à l'écart la subjectivité du savant, et revenir implicitement à une idéologie du Sujet à l'abri de sa dépendance à l'égard des signifiants qui le constituent, idéalement libre.

4. *Sur les travaux des épistémologistes*. Le modèle quasi exclusif pris par les épistémologistes est celui du discours scientifique, du moins de ce discours tel qu'il se donne dans sa forme achevée, présentable, ayant réussi à voiler la question du Sujet. Ceci les condamne à ne pas prendre en considération les signifiants nouveaux (S_1) dans leur émergence, mais seulement à les signaler comme étant déjà là, présents dans les discours à portée du lecteur. Dans les schémas lacaniens, S_1 passe donc au-dessous de la barre. Le discours scientifique n'y est étudié que comme un savoir constitué (S_2) et jugé à ses effets, comme producteur d'un « en plus » désignable comme « objet a » puisqu'il vient nourrir le fantasme scientifique, médical pour ce qui nous occupe. Entendons bien qu'il s'agit du fantasme du médecin, et non de celui du malade qui, pour sa part, reste divisé devant la production du savoir médical. Pour lui, il n'est fait retour de ce plus de savoir que par surcroît. Car une œuvre scientifique, médicale en particulier, ne se jugera pas à ses applications, mais à son aptitude à enrichir le discours constitué. C'est donc comme discours universitaire que s'inscrivent les travaux des épistémologistes.

$$\frac{S_2}{S_1} \rightarrow a$$

Revenons à notre Sujet : que le Sujet apparaisse, et à la place première dans le discours (comme il se fait chez l'hystérique) ne suffit pas à condamner ce discours comme incohérent. Sa cohérence, c'est justement ce qu'a montré le psychanalyste en y révélant que les articulations signifiantes fonctionnent dans l'inconscient qui est « structuré comme un langage », ainsi que l'a montré Lacan, reprenant la théorie des découvertes

spécifiquement freudiennes. Ce qui apparaît à l'évidence avec l'hystérique, c'est qu'on ne peut manquer de l'y voir subjectivement engagée, c'est que son discours est adressé par un Sujet à un Autre qui l'écoute, et que tous les jeux de la séduction, de la provocation, de la haine y fonctionnent. On conçoit que l'épistémologiste répugne à y mettre en péril la calme sérénité qu'il trouve dans les bibliothèques, mais on ne saurait pour cette raison condamner le discours de l'hystérique pour incohérence, en faire une sorte de non-discours.

On ne saurait non plus réduire le discours scientifique à ce qu'il se donne pour être : le discours du maître auquel nous l'avons jusqu'ici identifié. Car on ne peut tenir pour négligeable le fait que le savant, faisant une « communication », se constitue d'abord lui-même comme membre de la communauté scientifique, se signifie comme savant. Quoi qu'il en ait, il n'échappe pas aux jeux de la rivalité de la séduction, ne serait-ce qu'en se montrant habile à manier les concepts à la mode. Si on ne risque plus le bûcher à dire que la terre tourne, on risque au moins le ridicule si on avance une nouveauté qui met en péril l'ordonnancement théorique qui a la faveur du moment. On risque au moins de paraître prétentieux. Les fameux « obstacles épistémologiques » sont voués à être franchis, mais on ne sait pas d'avance si le couperet de la non moins fameuse « coupure épistémologique » ne retombera pas sur celui qui a l'audace de la manier. Ce n'est pas attenter à la dignité de la science que de rappeler qu'elle est faite par des savants, même si le plus grand soin de ceux-ci est de se faire oublier.

NOTES

1

M. Foucault, *Naissance de la clinique, op. cit.*

2

Ibid., p. 92.

3

Ducrot et Todoroff, *Dictionnaire encyclopédique des sciences du langage,* Le Seuil, 1972.

4

S. Freud, *Cinq Psychanalyses,* « Schreber ».

5

S. Freud, *Cinq Psychanalyses,* « L'Homme aux rats ».

14

Il n'y a pas de relation médecin-malade

L'existence d'un vocabulaire technique et spécialisé fait obstacle à la relation médecin-malade. Il ne faudrait pas en exagérer l'importance, d'autant plus que les malades apprennent vite ce vocabulaire, malgré la résistance du corps médical à le diffuser et à l'expliquer. Les médecins ont de solides raisons de maintenir cette distance, dans leur souci de garder un caractère ésotérique au savoir. Il pensent que leurs malades et le public en général, même s'ils peuvent saisir quelques mots, quelques concepts, ne peuvent qu'en faire un mésusage faute d'en connaître les articulations. Le vocabulaire n'est pas le langage, chaque langage ayant des lois qui lui sont propres et qu'on ne possède pas parce que quelques bribes du jargon ont été acquises. D'Hippocrate à nos jours, la position du corps médical a été constante sur ce point. Le latin et la langue de Diafoirus ont précédé le vocabulaire technique de notre époque. Il ne paraît donc pas possible de dire avec H. Pequignot : « Pendant un âge de vingt-cinq siècles, médecins et malades ont parlé le même langage. »

Malades et médecins ont à peine le même vocabulaire, sûrement pas le même langage sauf si le malade est lui-même médecin et, même dans ce cas, le problème se pose autrement,

puisqu'on affirme volontiers que le médecin est très mauvais juge de son propre cas. On ne cite que comme des exceptions admirables les cas où les médecins font le constat lucide de la maladie qui les emporte. Car l'adoption du discours médical implique une désubjectivation que ne permet guère la position du malade. Quand un médecin juge avec lucidité de son propre cas, c'est à juste titre qu'on y voit une prouesse, c'est une prouesse subjective et non pas technique.

Ce qui ordonne la relation médecin-malade, c'est la distanciation du médecin par rapport à son malade. Elle est l'effet du discours médical plus encore qu'elle n'en est la cause. Pourtant cette prise de distance est constamment réaffirmée : « Je m'interdirai (...) toute entreprise voluptueuse à l'égard des femmes ou des hommes, libres ou esclaves » dit le serment d'Hippocrate. Et le Code de déontologie va encore plus loin puisqu'il dit : « Le médecin ne doit pas s'immiscer dans les affaires de famille » (art. 37). La disparition du « médecin de famille » n'est donc pas seulement une conséquence de l'évolution des mœurs et de la technicité médicale. Elle découle du discours médical et il serait hypocrite de s'en affliger. La prise de distance du médecin n'est pas non plus une obligation de discrétion, car c'est souvent la famille qui, elle-même, sollicite le médecin d'intervenir dans ses affaires. L'obligation de réserve ne résulte que du discours médical lui-même. L'autorité du médecin et son indépendance morale ne pourraient qu'être affectées de ce qu'il consente à entrer dans d'autres raisons que celles qui sont à proprement parler médicales. Aussi le fait-il de moins en moins.

Ce qui fonde la relation médecin-malade, c'est l'exclusion des positions subjectives de l'un et de l'autre. Ce, qui reste de subjectivité, ici comme là, ne constitue que des franges, et ces franges sont toujours suspectes : chez le malade, de faire

intervenir des sentiments de l'ordre de la pudeur, la peur, l'angoisse, qui le conduisent à refuser les examens et les traitements médicaux ; chez le médecin : de nuire à l'objectivité nécessaire dans le diagnostic et à la prise en considération des seuls impératifs thérapeutiques dans les décisions à faire adopter.

La mise à distance du malade, c'est ce que rendaient possible les théories ontologiques qui prévalaient jusqu'au XVIIIe siècle. On ne s'intéressait pas au malade mais à l'être de la maladie. Les nouvelles nécessités de l'examen clinique, au XIXe siècle, firent problème, et Foucault estime que l'invention du stéthoscope par Laënnec est liée en partie à cet effort de distanciation. Actuellement, la multiplication des examens de toutes sortes rend de moins en moins importante la rencontre médecin-malade. Dans les grands services, la visite au lit du malade perd de son importance au profit de l'*examen du dossier*. Parallèlement, la participation des spécialistes qui apportent leur contribution fait que, de plus en plus, le malade ne sait plus qui est *son médecin*. Parler de la relation médecin-malade, c'est pratiquement parler d'un mythe. C'est la relation malade-institution médicale[1] qui prévaut et le médecin est le représentant de l'institution. Ce qu'on attend du médecin, c'est qu'il en soit le représentant aussi qualifié que possible, du malade, c'est que ce soit à elle qu'il fasse allégeance. Si le médecin est contesté individuellement, c'est au corps médical qu'il doit faire appel pour confirmer ou infirmer une décision.

Ce qu'on appelle la liberté du malade est une notion toute relative. On peut lire dans un bulletin de l'Ordre des médecins :

« La liberté du malade à l'hôpital laisse à désirer, le public ne manque pas de laisser paraître sa méfiance et parfois sa terreur. Le malade a quelquefois l'impression de ne pouvoir se faire entendre, de ne pouvoir obtenir les explications qu'il souhaite, et

de n'avoir qu'un droit s'il n'est pas satisfait : partir en « signant sa pancarte[2] ». Et, plus loin : « Il faut qu'il accorde sa confiance à l'équipe, au service. Il lui est bien difficile de récuser un des médecins. » Autre problème, celui du consentement. « Le consentement du malade à l'hôpital à ce qui est décidé pour lui est, dans certains services, un peu considéré comme acquis, au point que son opposition, si elle se manifeste, scandalise plus ou moins, et est regardée comme un incident incongru (...) On l'aura soumis à nombre d'examens dont certains comportent des risques et à des traitements sur lesquels peu d'explications lui auront été données... » Certes, le consentement écrit du malade et de sa famille est généralement exigé. « Mais c'est une méthode moralement bien contestable. La famille se sent obligée de donner en blanc une autorisation, sans laquelle on ne soignerait pas son malade. » Enfin « certains malades craignent beaucoup de servir de cobayes. Cette recherche (scientifique) et ces essais (thérapeutiques) soulèvent des questions de morale professionnelle très graves et très difficiles. Il faut affirmer et répéter que les investigations et les essais thérapeutiques ne doivent être pratiqués que s'ils présentent un intérêt pour le malade lui-même sur lequel ils sont faits. On n'a, certes, aucune raison de douter de la conscience du médecin. Mais la conscience n'est-elle pas formée elle-même en fonction des impératifs d'un milieu clos soumis à des impératifs techniques ? Peut-on être sûr que l'appréciation des risques que comporte une exploration diagnostique ou une intervention thérapeutique soit évaluée au mieux de l'intérêt du malade, par des médecins qui, surtout en équipe, subissent tout le poids des exigences du discours médical et ont essentiellement, pour mesure de leur conscience professionnelle, l'importance de leur effort personnel et des moyens techniques employés ? »

Ces textes, qui ne peuvent être accusés d'être polémiques, et dont la publication répond au souci louable de modérer les excès de zèle médicaux, méritent qu'on s'y arrête. Il n'y est guère question du médecin mais de l'équipe médicale. Comment en serait-il autrement ? Même dans les grandes villes, le malade n'a guère le choix, parce qu'il n'y a qu'un nombre très limité de spécialistes, parfois un seul ! Et les malades ont surtout le sentiment que la solidarité professionnelle prévaut presque toujours sur les autres considérations. Le Code de déontologie ne fait nulle part obligation au médecin d'avertir directement le malade s'il estime que celui-ci est mal soigné. Par contre, c'est le médecin traitant qu'il doit prévenir. La déontologie préserve ainsi la respectabilité professionnelle avant l'intérêt du malade. Quant à celui-ci, qui a certes le droit de signer sa pancarte à l'hôpital, ou de changer de médecin en ville, ne s'entend-il pas dire au fond, ce que disait Knock : « Si vous aimez mieux faire un pèlerinage, je ne vous en empêche pas » ? Chaque médecin, qui a eu pour lui-même, pour un de ses proches ou un de ses clients, à décliner le traitement « proposé » mais plutôt imposé par un autre médecin ou une équipe médicale, sait qu'il faut un courage peu commun pour prendre une telle décision. Et il y a toutes raisons de penser que les progrès de la technique et de la spécialisation ne feront que renforcer la pression qu'exerce le discours médical sur le public, les dispositions modératrices qui peuvent être prises ici et là n'étant que des palliatifs, le plus souvent dérisoires. En fait, rien ne laisse espérer que la relation médecin-malade ne tende de plus en plus à soumettre le malade à l'autorité du médecin. Il ne reste pour le malade qu'à espérer que la compétence de son médecin et sa moralité le préservent. Il y a bien sûr aussi le recours éventuel aux tribunaux, ce qui est une méthode chère, longue et d'autant plus aléatoire que la solidarité professionnelle des experts avec

les médecins fait pencher la balance de la justice. Et puis, quand l'enjeu est d'un côté une responsabilité professionnelle (d'ailleurs couverte par une assurance) et de l'autre la vie même, la partie est bien inégale !

Ce serait minimiser le problème que d'en faire un événement relativement contingent, dû à la difficile adaptation des structures sociales aux progrès fulgurants de la médecine. Il n'y a pas seulement une inégalité de fait dans la relation médecin-malade. C'est une *inégalité de droit,* parce que c'est le discours du maître qui fait loi. Le discours du malade est d'avance discrédité non seulement en raison de la souffrance et de l'angoisse qui « empêchent de raisonner juste », mais parce que le seul discours sur la maladie, c'est le discours médical. Le reste est littérature.

Le malade n'est détenteur que de la catégorie idéologique d'une liberté fictive, celle de l'homme « normal », capable de juger, mais incompétent. C'est une notion qui mérite d'autant plus d'être mise en question qu'elle appartient elle-même à la tradition idéologiste humaniste qui la réduit, au moins dans l'opinion du public, et en particulier du public médical, à l'idée d'un choix possible. Choix qui se limite ici pratiquement à celui du médecin, ou plus exactement, de l'équipe médicale. On peut douter de la valeur de ce choix quand on sait l'importance déterminante qu'y jouent les hasards d'une proximité géographique, d'une indication donnée par des parents ou amis, et même d'une orientation administrative. Il est probable que pouvait garder l'illusion de choisir le grand bourgeois qui dominait de toute la stature de son prestige social et financier un corps médical qui ne pouvait de toute façon aligner que des résultats bien peu convaincants. L'égalité de la relation était, dans ces conditions, à peu près réalisée. Qu'on relise Proust : « Et la vieille duchesse Mortemart, née Guermantes (...) préconisait

presque mécaniquement, en clignant de l'œil, dans les cas graves, "Dieulafoy, Dieulafoy" comme si on avait besoin d'un glacier. "Poire blanche" ou, pour les petits fours "Rebattet, Rebattet" ». La haute société pouvait traiter le médecin comme un fournisseur.

On peut douter que le petit peuple et les indigents jouissaient d'une liberté comparable : on lui « dispensait » la médecine comme on dispense l'aumône ; le terme de dispensaire est là pour le rappeler. C'est surtout l'extension de la médecine à tout le monde et l'accroissement du prestige et du savoir médical qui font découvrir aujourd'hui la profonde inégalité de la relation médecin-malade. Ce n'est pourtant pas un fait bien nouveau, au moins dans son principe, mais aussi dans la pratique. En fait, l'ordre médical implique sa propre juridiction qui se confond aujourd'hui avec celle du Conseil de l'Ordre. Le malade n'a, devant elle, même pas la possibilité de connaître les décisions de cette juridiction, si c'est à elle qu'il fait recours. Le statut du malade est celui de l' « incapable » en droit civil. La seule différence réside dans la possibilité, pour le malade, de se soustraire à cette juridiction. Car le recours aux tribunaux civils est inutile puisque ceux-ci (y compris le Conseil d'État) se conforment automatiquement aux décisions du Conseil de l'Ordre.

A la « liberté » du malade correspond « l'indépendance » du médecin et sa liberté de prescription. C'est là aussi une notion fictive si on la prend dans un sens absolu. Car si l'indépendance du médecin ne se trouve que partiellement aliénée par les conditions matérielles qui dépendent de l'administration qui l'emploie quand il est médecin fonctionnaire, il est étroitement dépendant de l'équipe avec laquelle il travaille et surtout du corps médical en général, qui constitue son juge en dernier ressort.

Parler d'un contrat médecin-malade, dans ces conditions, paraît donc avant tout une fiction juridique, destinée à maintenir l'idéologie de la liberté du malade et du médecin. Ceci est devenu tellement évident dans certains cas qu'il a fallu considérer que le contrat engageait l'administration ou l'organisme médical à l'égard du malade, et non pas le médecin qui l'avait effectivement examiné et soigné. La notion de contrat implique aussi la possibilité pour les deux parties d'engager une discussion sur ce qu'il convient de faire, mais ce n'est pratiquement pas possible, étant donnée la supériorité de la position du médecin. On parle du « consentement » du malade, mais outre que le fait que ce consentement ne peut guère s'exercer comme l'indique le Bulletin de l'Ordre des médecins lui-même (cf. plus haut), à partir de quelles bases le malade serait-il muni des éléments nécessaires à une discussion, puisque le médecin ne lui doit aucunement la révélation du diagnostic, ni même du pronostic qu'il lui est toujours possible et même recommandé de celer (art. 34 Code de déontologie) ?

Un des éléments les plus significatifs montrant qu'il n'existe pas de véritable contrat, c'est la question de l'argent. Sans doute le Code de déontologie prévoit-il (art. 8) : « Entente directe entre malade et médecin en matière d'honoraires. » Mais l'art. 40 dit aussi : « Le médecin doit toujours établir lui-même sa note d'honoraires ; il doit le faire avec tact et mesure. Les éléments d'appréciation sont la fortune du malade, la notoriété du médecin, les circonstances particulières. Un médecin n'est jamais en droit de refuser à son client des explications sur sa note d'honoraires. » Le médecin doit donc seulement des explications. Il n'est pas question d'une libre discussion et le malade doit compter sur le tact et la mesure du médecin. Quelle mesure ? En pratique, c'est le médecin qui impose sa mesure, et on espère qu'il le fera avec tact. Mais où se trouve la mesure du

patient qui ne sait que trop qu'il n'a pas les moyens financiers de consulter « le médecin de son choix », et ressent sa liberté comme le prolétaire ressent « la liberté économique », une liberté qui ne devient effective que pour les riches ? Du reste, le médecin n'est pas libre lui-même, aussi bien du fait du Code de déontologie. Celui-ci interdit notamment le forfait (art. 42). Et enfin, « Il est également interdit à tout médecin d'abaisser ses honoraires dans un intérêt de concurrence au-dessous des barèmes publiés par les organismes professionnels qualifiés » (art. 41). Ces interdictions paraissent curieusement sous le titre II, « Devoir du médecin envers les malades ».

Hippocrate écrivait : « Si le médecin aborde d'emblée la question de sa rémunération (et elle entre pour quelque chose dans toute activité), le malade sera persuadé qu'en vertu de ce contrat le médecin ne l'abandonnera pas après son départ. Sinon, il peut craindre qu'on le néglige (...) Il importe donc d'avoir soin de prévoir les honoraires. Des préoccupations de cet ordre me paraissent toutefois préjudiciables au malade, tout spécialement dans les maladies aiguës. Celles-ci évoluent assez vite pour qu'un bon médecin n'ait guère à revenir : aussi est-il préférable pour lui d'envisager sa réputation plutôt que son intérêt matériel. A cet égard, il vaut beaucoup mieux être frustré par ceux qu'on a sauvés que rémunéré par ceux qui sont en grave danger. Les clients qui ne paient pas leur médecin méritent davantage le mépris que la vengeance... Vos prétentions quant au salaire doivent se limiter à ce qui vous est nécessaire pour vous perfectionner dans votre art. Je vous conjure de ne pas vous comporter de façon inhumaine à cet égard de mépriser le superflu de biens et de richesses et de donner parfois vos soins gratuitement, en préférant laisser aux malades un souvenir reconnaissant que de vous assurer un surcroît de revenus (...). Le bon médecin travaille de toutes ses forces à ne

commettre aucune faute (...). Pour parvenir à traiter les malades de manière irréprochable, il ne néglige absolument rien, même en présence des plus méprisables des indigents, car il est à la fois juste et loyal[3]. »

On peut lire de deux façons différentes l'attitude du médecin devant l'argent. Au niveau idéologique, il se constitue par son manque d'âpreté au gain, par son acceptation à donner gratuitement des soins, l'image d'un homme dévoué à la science et à l'humanité. Ceci peut relever du procédé publicitaire banal comme il est suggéré dans Knock (jour de consultations gratuites — soins donnés à une pauvresse). La science médicale y trouve aussi son compte, par les possibilités que donne la concentration d'un grand nombre de malades indigents et de médecins compétents. M. Foucault donne des exemples où est avoué cyniquement l'espoir que les découvertes faites à l'hôpital auront des retombées sur la pratique libérale[4].

Il est hors de doute que les médecins pensent que ce sont là des considérations contingentes par rapport à ce qui fonde la relation d'argent entre médecin et malade : un peu parce qu'ils ne veulent rien savoir de tels aspects un peu sordides. Surtout parce qu'ils acceptent finalement seulement l'idée d'Hippocrate selon laquelle le malade acquiert le sentiment de l'existence d'un contrat parce qu'en payant des honoraires, il lie le médecin par la conscience qu'il lui donne d'un devoir envers lui.

Quand Proust désigne à notre sourire le prestigieux Pr Dieulafoy, ramassant subrepticement l'enveloppe contenant le montant de ses honoraires, il ne s'agit pas d'un fait isolé. Ce n'était pas une pratique exceptionnelle à la « Belle Époque ». Et actuellement, bien des médecins confient à leur secrétaire le soin d'encaisser les honoraires. Au fond, le médecin ne veut rien savoir de sa relation d'argent avec le malade. Le Dr Sorano[5] souhaite la suppression du paiement, cause de gêne, de

malaise, de trouble. La plupart des médecins sont satisfaits que l'établissement des barèmes par la Sécurité sociale leur évite de prendre des positions, trop vite jugées vénales. Beaucoup d'entre eux n'osent pas demander leurs honoraires, et ceci n'a pas grand-chose à voir avec la situation financière de leurs malades. Le médecin est aussi gêné de demander des honoraires élevés pour assurer son prestige auprès du bourgeois que de faire la mendicité d'une consultation gratuite auprès d'indigents qui en sont humiliés. Il voudrait que ce problème d'intendance soit réglé. Il ne pense pas que la relation médecin-malade soit un contrat que scelle la question de ses honoraires. Le malade non plus, même si un de ses thèmes de conversation favori concerne les honoraires du médecin. Au fond, il en parle comme on parle aussi de la pluie et du beau temps, ou plutôt de la grêle, comme d'une calamité à laquelle on ne peut rien. Le Pr de Visscher, d'après une enquête d'opinion, dit que le public « se représente le médecin comme celui qui gagne le plus d'argent (plus que les banquiers, par exemple)[6] ». Y. Nayens peut bien dire que tout cela n'a aucune importance parce que le public n'existe pas, qu'il est disparate. Il est en effet probable que les banquiers ne pensent pas la même chose sur la situation financière des médecins comparée à la leur. Mais il est certain que personne ne croit que les honoraires médicaux sont effectivement négociés ou négociables, ni même que le médecin donnera des explications, comme l'affirme le Code de déontologie. Le compromis plus ou moins gêné et gênant qui est finalement adopté ressort davantage de la préservation de l'image du médecin plutôt que du scellement d'un contrat.

L'autre élément qui atteste de l'existence d'un acte médical, c'est la délivrance d'une « ordonnance ». L'ordonnance, c'est le fruit d'un ordre, c'est aussi une mise en ordre. Cela comporte des prescriptions de repos, d'hygiène, de diététique,

éventuellement d'hospitalisation ou d'intervention chirurgicale, mais c'est surtout l'octroi du *médicament*. Pour Balint, par l'intermédiaire du médicament, c'est le médecin qui se donne lui-même. Mais pour P. Benoit : « Je ne pense pas que ce soit jamais, au niveau où fonctionne en tant que structure l'institution médicale, la personne du malade qui soit soignée par la personne du médecin lui-même[7]. » Il est réducteur d'interpréter la relation médecin-malade comme une relation interpersonnelle. Ce n'est pas le médecin comme personne, mais comme représentant d'un corps constitué, le corps médical, comme participant d'un savoir mystérieux qui donne le médicament au malade. Celui-ci sera entouré d'un prestige d'autant plus grand qu'il est censé provenir d'une découverte d'origine étrangère ou d'un groupe médical particulièrement célèbre. C'est parce qu'il est présenté sous un tel parrainage qu'il est accepté et désiré. Il se doit aussi d'être réputé dangereux pour être considéré comme actif. P. Benoit a justement montré que par l'usage du médicament, le médecin prouve qu'il a le pouvoir de donner la mort et, par conséquent, la vie[8]. Il est préférable aussi qu'il soit rare, cher, mauvais au goût, douloureux. Dans ces conditions, il plaît davantage et le mot *placebo* en acquiert une double signification due à une sorte d'ambiguïté signifiante : il remplace le médicament, comme le veut l'étymologie, et il plaît au malade. Le plus important c'est qu'il soit porté par le discours. C'est ce que savait le charlatan qui, sur la place publique, vantait les mérites de l'orviétan ; et aussi le guérisseur, qui laissait entendre l'existence d'un discours mystique, comme le fait remarquer encore une fois P. Benoit[9].

Le médicament a *d'abord* un effet placebo. C'est-à-dire que tout médicament, même biologiquement inactif, peut apporter rémission et guérison dans une proportion appréciable de cas pouvant dépasser 20 %. Tous les médecins le savent, et les

« chercheurs » dans leurs expérimentations sur un nouveau médicament, ne manquent pas d'en tenir compte. Mais c'est pour éliminer une cause d'erreur sur l'appréciation de l'efficacité du médicament et non pour tenter d'en comprendre quoi que ce soit. Il y a là un exemple particulièrement frappant de ce que l'existence d'un fait indiscuté est entièrement inabordable par le discours scientifique. Multiplier les expériences concernant l'effet placebo confirmerait le fait sans rien apprendre de plus. Au mieux, le médecin considère-t-il que le médicament c'est la promesse d'un « plus de jouir » pour son malade, une promesse de guérison. Il ne sait pas, ne peut savoir, que le placebo, c'est déjà un « plus de jouir » pour le malade parce que c'est un dû qui se trouve lui être restitué sous la forme banalisée d'un comprimé dont on sait seulement qu'il est porteur d'un produit chimique au nom compliqué que le malade ignore et que le médecin et le pharmacien ne connaissent guère mieux. C'est son mystère même qui lui confère le statut d'objet « a » et assure son efficacité en tant que placebo.

Le médicament conserve auprès du public sa fonction d'objet suspect parce que entaché de son rôle ambigu par rapport à la jouissance attendue. Il n'est guère de médicament qui ne puisse servir d'objet toxicomaniaque. Interdit sans ordonnance, contrôlé, réglementé, le médicament est dans l'ordre médical. Pris sans ordonnance, ou grâce au jeu des ordonnances données par plusieurs médecins, le médicament sert aux toxicomanes. Le plus vieux des médicaments, la thériaque, devait les principaux de ses effets aux opiacés. Tous les médicaments dits psychotropes, ce refuge pour les échecs de la médecine, ont le même destin de servir autant à l'intoxication du malade qu'à son soulagement. Ils sont porteurs de la fonction de l'objet « a ». Ils sont vraiment « à la place de » ce qui ne peut être donné. Il en faut toujours davantage pour obtenir l'effet qu'une petite dose

n'a, évidemment, pas pu obtenir. Ils subissent aussi souvent la vocation de l'objet « a », de finir à la poubelle. Pas seulement les psychotropes, mais aussi tous les médicaments qui ont eu surtout pour fonction de procurer un bienfait attendu ailleurs. Le fantastique gâchis des médicaments qui attendent dans la pharmacie familiale avant d'être jetés aux ordures procède de cette fonction de l'objet « a » d'être objet de rejet.

Le médecin ne peut et surtout ne veut rien savoir de l'effet placebo. Il ne veut y voir que le support charlatanesque de la suggestion, de procédés extra-scientifiques, indignes de lui. Il lui arrive parfois de s'en servir, à défaut d'un traitement efficace, mais il ne s'en vante pas, et surtout pas dans les congrès médicaux. Même si son honnêteté lui fait dire à son malade que la médecine ne peut pratiquement rien, que la maladie évoluera toute seule dans un sens favorable ou défavorable, il n'en donnera pas moins une petite liste de médicaments. Et comme le rite doit être observé jusqu'au bout, le malade les achètera, les prendra, et la Sécurité sociale les remboursera.

Pas plus que l'argent, le médicament ne fonde la relation médecin-malade. Mais l'un et l'autre lestent un acte qui nécessite que soit respecté un certain rituel, où la fiction de la relation se traduit par la fiction d'un échange : billet contre ordonnance. Sans doute les billets ont-ils en fait une efficacité pour le portefeuille du médecin, et les médicaments en ont-ils pour la maladie du malade, mais c'est surtout le principe de leur échange qui doit être affirmé. C'est par là que les deux participants se garantissent l'un et l'autre qu'un *acte* a été effectué. Un acte qu'on dit fondé sur la *confiance*.

Pierre Guicheney, qui a consacré sa thèse à la confiance, dit justement : « La différence entre la confiance et la crédulité

paraît tenir principalement à la qualité de celui auquel s'adresse l'acte de foi. Ce qui implique, croyons-nous, que le sujet n'est pas capable de faire la différence entre les deux (...) Le critère utilisé sera généralement un critère culturel. C'est dire sa relativité. Le malade iroquois a, en son sorcier, une confiance qu'un Parisien considérera comme une marque caractéristique de crédulité[10] ». On aurait aimé que l'auteur nous dise ce qui distingue la pensée scientifique de la pensée magique auxquelles il se réfère par la suite. Ce n'est sans doute pas facile, puisque d'après Sournia, que cite Guicheney : « Autant que les paysans, les ingénieurs en électronique et les polytechniciens fréquentent charlatans et rebouteux, scrutateurs d'iris, peseurs de cheveux ; la science rationnelle qui les passionne et à laquelle ils ont consacré leur vie ne convient pas à leur corps qui échappe et s'oppose au logique... Pour leur monde intérieur, pour leur corps, ils ont gardé l'encéphale de l'homme des cavernes ; ils sont restés attachés aux fables et aux contes de nourrice, avec ses idées vagues, irrationnelles, contraires à la raison, contraires à l'expérience, donc à la science pure ; parce qu'elles ont été transmises à travers les âges : ils croient aux mythes[11]. » De même J.-R. Debray[12] estime que, devant la maladie, l'esprit scientifique abandonne le géologue, et le mathématicien. Sans doute ! Mais qui sait s'il n'arrive pas, même à des médecins, de se comporter comme de vulgaires polytechniciens : Qui a la science sur la science ? Qui dira le vrai sur le vrai ?

Le manœuvre qui accorde sa confiance au médecin montre d'abord qu'il se plie au discours dominant, et le scientifique qui fait confiance au « guérisseur », qu'il s'en défie. Tout ceci ne nous indique en rien ce qui sépare « science » et « magie », « croyance » et « crédulité », « mythe » et « réalité ». Faire confiance, c'est faire un choix, ce n'est pas avoir un sentiment. Et le malade, plus qu'un autre, le sait bien, puisqu'il ne doute pas

que son médecin ne lui dira pas toute la vérité, comme d'ailleurs le Code de déontologie l'y autorise et même le lui conseille expressément. S'il fallait distinguer confiance et crédulité, je dirais que c'est le médecin qui fait preuve de crédulité quand il croit que son malade a confiance, comme il l'affirme si volontiers, et souvent si fort que ça en devient suspect. Le malade fait confiance, plutôt qu'il n'a confiance, et c'est bien parce qu'il ne peut pas faire autrement. La complicité tacite du médecin et de la famille permet de constituer des mythes où la guérison reste une éventualité, même dans les maladies les plus sûrement mortelles. On continue à parler techniquement d'examens, de complications, d'améliorations quand il s'agit de rémissions, de rechutes au cours d'une maladie qui suit son cours inéluctable. Tout un langage se constitue, où sont évités certains mots, répétés certains autres. Chacun sait qu'on se fait du « cinéma », du « roman », mais ça marche quand même, car il ne suffit pas de se dire qu'on est au spectacle ou devant un livre pour ne pas être pris affectivement. D'ailleurs, chacun se garde de faire quoi que ce soit qui puisse détruire l'enchantement. La confiance accordée au médecin tient souvent à ce qu'il peut donner du discours médical l'interprétation la plus agréable aux oreilles d'une famille. Parfois, la haute technicité n'a d'autre fonction que de donner bonne conscience à une famille habitée de vœux de mort. Dans bien des cas, le médecin lui-même finit par croire un peu à ce qu'il raconte par ce qu'il institue.

Freud a toujours eu à l'égard de la confiance les positions les plus réservées : « Sa confiance ou sa méfiance (du patient) sont presque négligeables quand on les compare aux résistances intérieures qui protègent sa névrose (...). Sa méfiance n'est qu'un symptôme pareil aux autres symptômes[13]... » L'expérience des cures psychanalytiques montre que la confiance n'est le plus souvent qu'un moyen d'entraîner l'analyste dans le discours du

patient, et qu'elle s'effondre dès que celui-ci s'aperçoit qu'il n'y parvient pas. De la confiance, nous en garderons donc ce qu'en disait Freud : « Elle rend très agréables les premiers rapports qu'on peut avoir avec le patient. » Il n'y a rien de plus à en dire.

La fonction de la confiance est idéologique. Elle rassure le malade qui ne demande que cela, et aussi le médecin, qui n'est pas toujours aussi sûr qu'il veut le laisser paraître. Elle instaure la hiérarchie de la relation. « La confiance vient d'en bas, l'autorité vient d'en haut » disait Sieyès. L'un ne va pas sans l'autre. Le médecin timide espère qu'on lui fera confiance pour éviter d'avoir à faire preuve d'autorité. Mais voici comment, d'après Mondor[14], procédait Cottard, cet illettré, faiseur de calembours stupides : « Il examina Marcel Proust, hésita peu et prescrivit impérieusement : purgatifs violents et drastiques, lait (ollé ! ollé !), pas de viande, pas d'alcool. » La mère du jeune malade, que ne rassurait pas l'affreux jeu de mots, redoutait à la fois la brutalité du remède et le jeûne anémiant, elle avoua son inquiétude. « Je vis aux yeux de Cottard, aussi inquiet que s'il avait peur de manquer le train, qu'il se demandait s'il ne s'était pas laissé aller à sa douceur naturelle. Il tâchait de se rappeler s'il avait pensé à prendre son masque froid, comme on cherche une glace pour regarder si on n'a pas oublié de nouer sa cravate. Dans le doute et pour faire à tout hasard compensation, il répondit grossièrement : "Je n'ai pas l'habitude de répéter deux fois mes ordonnances. Donnez-moi une plume." Son air glacial s'accusa ; il écouta distraitement les dernières objections de la mère de Marcel et s'éloigna sans s'expliquer davantage. Ce laconisme dru fit croire aux parents que le médecin n'avait pas vu clair et que son ordonnance ne convenait pas ; mais bientôt il fallut revenir à elle. Sans grands gestes et sans componction ni discours, Cottard avait eu raison. Et nous comprîmes que cet imbécile était un grand clinicien. »

Confiance et méfiance font partie des franges de la relation médicale. Elles ne sont pas à sousestimer. Mais en fin de compte, si le médecin croit à la médecine, s'il pense que les traitements qu'il ordonne n'ont pas seulement un effet placebo et, plus encore, s'il croit que l'effet placebo n'est jamais à négliger, il n'a que faire des subtilités balintiennes et autres concernant le maniement du transfert (et du contre-transfert) de la confiance (et de l'autorité). La leçon de Cottard est plus juste. C'est en défiant la méfiance qu'il se donne confiance. C'est en montrant qu'il ne veut pas entrer dans les raisons qu'on lui objecte qu'il affirme que la raison est de son côté.

Il n'y a pas de relation médecin-malade. Il n'y a pas non plus de relation médecin-maladie. Il y a seulement *une relation institution médicale-maladie*. Le médecin ne parle et n'intervient qu'en tant qu'il est le représentant, le fonctionnaire du discours médical. Son personnage doit s'effacer devant l'objectivité scientifique dont il est le garant. Quant au malade ce n'est pas à lui qu'on s'adresse, mais à l'homme présumé normal qu'il était et qu'il doit redevenir, c'est-à-dire un homme qui raisonne juste, ce qui veut dire qu'il se soumet à la raison médicale. Sur la notion de normalité, il y aura lieu de revenir car la norme est une notion juridique avant d'être un concept scientifique. La norme, si elle est la *santé que doit* retrouver le malade, c'est aussi *la règle que doit* suivre le médecin, de *prescrire* ce qu'il faut. La norme à laquelle doit accéder le malade est une norme naturelle, celle par laquelle un organisme sain se maintient en cet état. La norme qu'applique le médecin est celle d'un ordre juridique, qui est une éthique résultant du discours médical. L'une et l'autre se rejoignent et se confondent dans la *prescription,* ordonnée par le médecin, suivie par le malade. Assurer

l'ordre de l'organisme est la finalité de l'ordre médical qui peut être amené à contrecarrer le premier pendant un temps ou même de façon continue. C'est parce que l'ordre médical est solidaire d'une idée précise de la normalité qu'il exclut qu'on vive avec certaines affections chroniques, certaines infirmités, certaines tares, héréditaires ou non, et encore plus qu'on meure alors qu'il serait possible de vivre.

L'impuissance de la médecine, à peu près totale jusqu'à ce siècle, a masqué ce fait que l'homme dont elle s'occupe, ce n'est pas ce qu'il est (plus ou moins malade ou infirme) mais l'homme tel qu'il doit être (le *sollen* de Kelsen). *Mens sana in corpore sano.* Le médecin ne s'occupe du malade que dans la mesure où il est lui-même *porteur de cet idéal,* de ce *sollen.* Sinon, il n'est pas de sa juridiction parce qu'il n'est pas « raisonnable ». Il est du ressort du psychiatre.

Entre médecin et malade, on ne discute pas entre deux individus ayant peut-être une opinion personnelle sur les idéaux de la société. Il est présumé qu'ils partagent un idéal humaniste commun. Il est entendu que leur « relation » sera ordonnée par cette convention implicite. Le « mauvais » médecin comme le « mauvais » malade seront caractérisés par la même défaillance à mettre en œuvre ce qu'il faut pour advenir cet idéal.

NOTES

1

Thèse d'A. Chauvenot, Paris, Centre d'étude des mouvements sociaux, février 1973, p. 5.

2

bulletin de l'Ordre des médecins, juin 1972, p. III et s.

3

Cité par Bariéty, *Histoire de la médecine,* Paris, Fayard, 1963, p. 135.

4

M. Foucault, *Naissance de la clinique, op. cit.,* p. 86.

5

Sorano, *Médecine et Médecins,* Le Seuil, 1959.

6

Psychologie médicale, t. III, n° 2.

7

P. Benoit, « Thérapeutique et médecine », *le Coq héron,* n° 3, note p. 28.

8

P. Benoit, « Le médical en tant qu'objet », *Lettres de l'École,* n° 16.

9

P. Benoit, *Thérapeutique et Médecine, op. cit.,* p. 3 et s.

10

P. Guicheney, *La Confiance,* Université de Paris, VII, p. 12.

11

Sournia, *Mythologie de la médecine moderne,* PUF, coll. « Galien »,p. 7.

12

J.-R. Debray, *Le Malade et son médecin,* Paris, Flammarion, 1965, p. 220.

13

S. Freud, *Le Début du traitement. Technique psychanalytique,* PUF, 1967, p. 83.

14

Mondor, « Les Médecins consultants dans Proust », *Formes et Couleurs op. cit.*

15

Les effets du discours médical : une éthique en question

Il y a une indécence certaine à parler d'une éthique, parce qu'une éthique se pratique plus qu'elle ne s'explicite. Elle n'en cherche pas moins à se fonder, mais se satisfait alors généralement de catégories idéologiques sommaires et peu défendables. Nous avons déjà vu que les références constantes au « désir de savoir », au « désir de guérir », comme aussi au « génie » du savant, aux « dons d'observation », et à « l'intuition » du médecin constituent des notions aussi imprécises qu'indémontrables et contradictoires avec des faits d'observation courante. Ces notions n'ont d'autre fonction que de tenter d'établir une conception positiviste de la médecine, permettant à celle-ci de ne retenir que les faits positifs qu'elle articule, à l'exclusion de toute autre considération sur ce qu'elle constitue d'une part, et sur ce qu'elle destitue d'autre part.

Ce n'est pas non plus en référant la pratique médicale à l'idéologie de l'époque qu'on propose une explication suffisante. Comme l'écrit Sigerit : « La médecine est étroitement liée à l'ensemble de la culture, toute transformation dans les conceptions médicales étant conditionnée par les transformations dans les idées de l'époque. » J'ai ici même déjà indiqué qu'on

ne pouvait pas expliquer Hippocrate ou Paracelse, ni les anatomo-cliniciens du XIXe siècle, indépendamment de la naissance de l'humanisme occidental, de la Renaissance, de la dominance du discours scientifique. Et sans doute est-ce la mise en question de l'humanisme occidental qui explique qu'aujourd'hui les controverses sur la médecine se font plus pressantes. Toutefois, ce serait réduire le problème de l'éthique médicale que d'en faire un aspect particulier de l'idéologie qui lui est contemporaine. On a attribué à l'influence du christianisme les préoccupations humanitaires et charitables dont fait volontiers état la médecine occidentale. Mais bien avant la fondation des premiers hospices chrétiens par saint Grégoire à Césarée, le roi Prijida dans l'énumération de ses bonnes actions pouvait faire état de la fondation de dix-huit hôpitaux destinés aux indigents. Parallèlement, la commisération bouddhique allait jusqu'à faire édifier deux sortes d'hôpitaux, les uns pour les hommes, les autres pour les animaux[1]. L'intérêt pour les animaux n'est pourtant pas une particularité exotique. En France même, il a fallu qu'une épizootie ravage le Sud-Est du pays pour que les privilèges de la Faculté de médecine soient remis en cause par la fondation de la Societé royale de médecine en 1776.

L'idéologie qui soutient une éthique (humaniste, chrétienne ou bouddhique) est une superstructure. Mais on ne saurait non plus réduire l'action médicale à l'intérêt qu'y trouvaient ceux qui en étaient les auteurs ou les commanditaires. La notion d'épidémie, qui pourrait expliquer un souci intéressé de soigner les pauvres et les animaux, est une notion ancienne, mais celle de contagion l'est beaucoup moins, et restait très vague. De toute façon, le secours médical s'étendait à des maladies non contagieuses et ne se limitait pas à la ségrégation des malades. Il est probable que l'horreur du visage et des plaies des lépreux

fut plus déterminante à l'origine des léproseries que la crainte de la contamination. Il fallait désigner le monstre et le supprimer de la vue, en le guérissant ou en l'enfermant. On fit de même plus tard pour le fou quand il fallut établir le règne de la raison.

La procédure d'exclusion s'instaure quand on ne possède pas les moyens de la guérison. Il s'agit d'exclure l'autre quand le spectacle de son altérité met en question la normalité dont chacun est censé être porteur. Dans toute maladie, il y a une mise en question de l'ordre. Même les camps de la mort nazis avaient leurs « raviers », sortes d'infirmeries qui se voyaient même attribuer un certain contingent de médicaments rares. Le suicide aussi y était interdit. On doit mourir mais dans l'ordre.

En se constituant, le discours médical introduit une coupure qui est le fondement de son éthique. Le malade comme tel n'existe plus. C'est à l'homme présumé sain, au moins dans son passé et son devenir, que s'adresse la médecine. Accepter que la maladie soit « une autre allure de la vie », comme le dit Leriche, c'est une défaite pour la médecine, c'est un compromis parfois inévitable, toujours regrettable. Le discours médical sépare l'homme de sa maladie. Par le traitement, par la prévention, voire par des études génétiques, elle tend à constituer l'homme aussi « normal » que possible. Même si le concept de normalité est flou, la médecine est normative. Du côté de l'homme normal et sain est le Bien, l'image à laquelle on peut et doit s'identifier. Et du côté de la maladie est le Mal, ce qu'on doit éliminer par tous les moyens possibles. Tel est le diptyque où s'inscrit fondamentalement l'éthique portée par le discours médical.

Le concept de normalité (et de santé) est difficile à cerner, et ce n'est pas un des moindres paradoxes que les médecins, qui sont les praticiens de son établissement, n'en soient pas les

théoriciens. Pourtant, l'état de santé ne s'éprouve subjectivement qu'à partir de la maladie, comme un bien qu'on a perdu, et au moment de la guérison, comme un bien retrouvé ; en dehors du temps critique de la maladie, la santé se vit « dans le silence des organes », mais ne s'éprouve pas. Le médecin praticien s'en tient là, ou du moins pense ainsi sa pratique libérale comme suspendue à la demande subjective de ses patients. En fait, le problème est moins simple, parce que le médecin doit répondre à une demande normative de son malade qui n'est pas forcément médicale même si elle emprunte les termes de son vocabulaire, et aussi parce qu'il répond à une demande qui n'est pas seulement celle du patient, mais aussi celle de la famille (surtout pour les enfants) et aussi de la société (visites systématiques, vaccinations, etc.).

Il faudrait reprendre toute la question sur *le Normal et le Pathologique,* mais on ne peut se dispenser de la lecture complète du livre de Canguilhem. Je me limiterai à quelques points. Canguilhem[2] note une curiosité linguistique : « anormal » est un adjectif auquel ne correspond aucun substantif. Et « anomalie » est un substantif auquel ne correspond aucun adjectif. D'autre part, deux étymologies *amalos* et *normos* sont à retenir pour ces deux mots. Ce croisement n'est pas fortuit. En fait, nous avons deux ordres de référence différents. Dans un cas, notre référence est descriptive. Ce qui est anormal, c'est ce qui est différent de ce que nous connaissons généralement de l'individu. Par exemple, nous pouvons dire qu'il est anormal d'être malade, mais nous dirons aussi bien qu'il est anormal de ne pas l'être si nous avons subi de graves restrictions alimentaires, anormal de ne pas être blessé si on tombe d'une grande hauteur, anormal de ne pas être éprouvé si on a subi le deuil d'un proche. « Anormal » se rattache à un *concept descriptif.*

Une anomalie, au contraire, désigne une particularité de l'individu qui n'est repérable comme telle que par référence à ce que nous savons d'autres individus : le fait d'être albinos, ou d'avoir une inversion de la position des organes (cœur, foie), bien que ces anomalies n'occasionnent aucun dommage. Il faut un *concept normatif* pour qu'une anomalie soit considérée comme telle. On remarquera avec Canguilhem que les étymologies se croisent, puisqu'il faut constituer une norme pour désigner l'anomalie.

Mais il y a là plus qu'une curiosité linguistique. Car il y a deux ordres de référence distincts qui sont *l'individu* et *l'espèce*.

Pour ce qui concerne l'individu, la seule norme recevable concerne son aptitude à rétablir les conditions de fonctionnement de son organisme, c'est-à-dire homéostasie, régulation thermique, résistance aux agressions, aux maladies, etc. L'organisme est donc normatif. Il est en outre capable de se constituer pour lui-même de nouvelles normes pour s'adapter à de nouvelles conditions de vie (altitude, effort musculaire...). Il est par exemple « normal » que l'adolescent cherche à se surpasser lui-même physiquement.

Mais tout ne peut être évalué par rapport au seul individu. Car si certaines « anomalies » (albinos, inversion des organes) ne causent aucun dommage à l'individu et sont compatibles avec une vie « normale », il en est d'autres qui compromettent plus ou moins gravement sa vie, nécessitant que le sujet qui en est atteint soit à l'abri des traumatismes (hémophilie), qu'il subisse des traitements spéciaux, médicaux ou chirurgicaux (troubles du métabolisme de l'acide phénylpyruvique, pied bot, absence de voile du palais). Certaines anomalies génétiques importantes, tel le mongolisme, sont parfaitement compatibles avec la vie, et l'individu qui en est atteint peut posséder entièrement la faculté normative qui assure sa survie. Pourtant, il est

clair que dans certains cas, son état n'est pas compatible avec les conditions de vie normale. En particulier s'il est atteint de débilité physique ou mentale, on arrive à ce paradoxe que faute de pouvoir s'adapter au milieu ambiant, c'est celui-ci qu'on adapte à lui afin qu'il puisse survivre. La prise en charge par la famille ou par les instituts spécialisés réalise un tel renversement. Remarquons pour terminer que la vie sexuelle d'un tel individu est forcément perturbée, ou même complètement interdite de crainte de voir se perpétuer l'anomalie si elle est génétique.

Nous conclurons que toute considération sur le normal est nécessairement liée à un discours tenu sur l'homme, ce qui ne va pas sans que soient prononcées des exclusives (allant jusqu'au racisme) même si ces exclusives ne sont que partielles : interdiction de certaines responsabilités à certains malades (cardiaques, épileptiques...) ou certains privilèges (sexuels notamment). A cet égard, le discours médical a un rôle décisif dans l'établissement des normes discriminatoires.

Normatif, le discours médical l'est donc pour énoncer avec de plus en plus de précisions les normes à quoi se reconnaît un individu normal. Aussi, la médecine s'est-elle trouvée largement compromise dans la discrimination raciale. On sait que les médecins nazis ont contribué à la discrimination antisémite et à l'apologie de la race aryenne. Un des premiers actes de l'Ordre des médecins en France fut aussi de mettre en application un *numerus clausus* excluant des médecins juifs. Ce ne sont pas là des faits aberrants. Aux États-Unis, le Pr William Shockley proposait publiquement un « moyen très humain d'assainir la société et d'en éliminer les êtres insuffisants » en pratiquant la vasectomie afin de limiter la reproduction des êtres mâles dont le quotient intellectuel (QI) n'atteint pas 100. Bien que le Pr Shockley soit prix Nobel de physique et que la technique de discrimination du QI ne soit pas plus sérieuse sur le plan

scientifique que les critères nazis de discrimination raciale il n'est pas réfutable qu'une telle initiative ne relève directement de ce dont le discours médical est directement porteur, en tant qu'il promeut la notion de norme à son niveau le plus élevé possible. Il est évident qu'à partir du moment où la génétique existe, elle impose certaines pratiques, ne serait-ce qu'en déconseillant certains mariages. C'est là une position raciste mineure, mais elle procède de la même logique que celle qui préside au racisme le plus universellement réprouvé.

Normative, la médecine l'est enfin parce qu'elle a contribué à élever le niveau de la normalité par la conservation des forces de l'adulte vieillissant, par le recul de l'âge de la mortalité. La « médecine sportive » encourage la course au dépassement des normes, en cautionnant par sa présence et ses conseils un esprit de compétition très contestable, que ne suffit pas à purifier l'interdiction des médicaments dopants (fournis par la médecine). Mais comment les médecins ne reconnaîtraient-ils pas dans cet accroissement permanent des performances réalisées une des conséquences de l'idéal de santé et de normalité que propose la médecine ? Le frontispice du tome VI de l'Encyclopédie française, *l'Être humain,* publié sous la direction de Leriche, représente la santé sous les aspects d'un athlète lanceur de poids. C'est une image signifiante, elle propose un idéal, mais aussi, elle l'impose et pas seulement dans la forme d'un idéal conscient. Au fait, pourquoi la médecine n'étudie-telle pas les effets des images signifiantes que connaît la biologie pour la morphogenèse (par exemple mimétisme) ou pour la ponte ovulaire ?

Le rôle normatif de la médecine est une obligation légale : « Le médecin doit s'efforcer d'obtenir l'exécution du traitement, particulièrement si la vie du malade est en danger. En cas de refus, il peut refuser ses soins dans les conditions de l'article 36 » (Code de déontologie, art. 29). Le malade qui refuse de se

soigner se met en contravention avec la loi médicale non écrite, ou même la loi écrite (vaccination obligatoire). Le droit de disposer de son corps n'est sûrement plus un droit absolu, et c'est avec un consentement général qu'Hamburger peut parler des contraintes qui doivent être imposées à un cholérique qui refuserait de se soigner et déclencherait une redoutable épidémie. A vrai dire, les adversaires de la normalisation médicale sont obligés de se réfugier derrière des arguments misérables, tels que la dénégation de l'efficacité des vaccinations, leur danger, les risques de toute exploration et de tout traitement.

Une lutte est engagée entre le principe de normativité que possède tout organisme vivant et la normativité que comporte le discours médical. Il serait absurde de prétendre qu'ils se complètent et se rejoignent, aussi bien en ce qui concerne l'individu, qu'en ce qui intéresse l'espèce humaine. Souvent, la médecine combat explicitement les réactions naturelles de l'organisme. Et il n'est pas illégitime d'avancer que c'est seulement parce que le discours médical suit sa logique propre que sont maintenus en vie des individus à qui la société épargnerait d'inutiles souffrances, moins en raison du coût financier de certaines survies, que par commisération.

Plus encore que normatif pour les malades et les hommes, le discours médical l'est parce qu'il doit assurer sa propre survie en tant que discours, c'est-à-dire constituer un savoir et des procédés thérapeutiques de plus en plus sophistiqués.

« Le médecin doit toujours élaborer son diagnostic avec la plus grande attention, sans compter avec le temps que lui coûte son travail et s'il y a lieu, en s'aidant ou se faisant aider dans toute la mesure du possible des conseils éclairés et des

méthodes scientifiques les plus appropriées… » (art. 29 du Code de déontologie).

L'audace exploratoire des médecins, tant sur le cadavre que sur le vivant est incontestablement à l'origine des progrès médicaux les plus importants. Il est vrai qu'une telle audace dégage la responsabilité du médecin, puisque le Code de déontologie lui en fait obligation et ne prévoit rien contre les abus. Mais plus qu'à des préoccupations légales, c'est à l'exigence du discours médical que le médecin obéit. L'homme primitif pratiquant la trépanation, Hippocrate faisant une thoracenthèse, ce sont là des images signifiantes de l'entreprise médicale courageuse. La visée thérapeutique s'y confond avec l'intérêt scientifique.

Cependant, la multiplication des examens paracliniques est souvent douloureuse, parfois dangereuse, toujours éprouvante, sans que l'intérêt du malade soit toujours évident. Dans de nombreuses circonstances, le seul fait de pratiquer des examens nombreux et douloureux est une « réponse » donnée au discours du malade. Elle est affirmation que rien ne sera entendu qui ne soit objectivement constatable. Mais le discours médical n'a pas ici de retenue, ni légale ni morale. « L'investigateur acharné ayant souvent meilleure conscience que le thérapeute acharné[3] » dit J.-R. Debray, pourtant peu suspect de prendre des positions critiques à l'égard des médecins. La raison de cette attitude nous est donnée par Jean Bernard : « D'une façon générale, il paraît très souhaitable que le médecin chargé de traiter les enfants leucémiques partage sa vie entre ses malades et ses recherches expérimentales *(sic). La recherche scientifique fournit au médecin un refuge nécessaire, la justification indispensable*[4] ; elle lui permet de supporter toutes les peines qu'engendre la maladie mortelle… » Que l'esprit de recherche soit nécessaire au médecin pour lui éviter une inutile

compassion, nous n'en doutons pas : c'est bien là une des nécessités de la désubjectivation constitutive du discours du maître. Mais cet esprit de recherche va loin. Certains adultes, certains enfants surtout sont maintenus dans une survie douloureuse que rien ne peut justifier si ce n'est l'esprit scientifique du médecin. L'expression « recherches expérimentales » employée par J. Bernard est sûrement plus appropriée que celle de « recherche clinique ». Le personnel infirmier, la famille aussi ne se trompent pas sur le rôle de cobaye qu'on fait jouer à leur enfant sous l'alibi irrecevable d'une découverte scientifique intercurrente qui pourrait sauver un enfant voué, de toute façon, à une vie débile et misérable. L'impressionnant cortège scientifique entraîne l'adhésion du public, médical ou non. Comment oserait-on retirer un enfant d'un service hautement spécialisé, quand on sait que ce retrait c'est signer sa mort dans les délais les plus brefs ? Comment l'équipe médicale refuserait-elle l'occasion exceptionnelle de tirer un enseignement inappréciable d'une affection sanguine, rénale, nerveuse ou autre. La société ne donne-t-elle pas sa caution en acceptant de payer très cher (jusqu'à 1 000 francs de prix de journée, pendant des années, parfois !)

De l'observation à l'expérimentation, de la tentative exploratoire à la tentative thérapeutique, il n'y a qu'un pas. Les irradiations atomiques sur un groupe de cent onze malades, au consentement douteux, atteints de cancers généralisés, de leucémies, de maladies de Hodgkin ont fait scandale. Ce n'est qu'après coup qu'elles ont été dénoncées et stigmatisées par le sénateur Kennedy[5]. Encore se demande-t-on si ces protestations vertueuses ne sont pas le fait de journalistes et d'hommes politiques plus soucieux de raisons politiques que de raisons humanitaires. Aux USA encore, des malades syphilitiques ont été pensionnés pour ne pas se soigner pendant trente années

afin de suivre l'évolution spontanée de la maladie. Ce scandale qui, curieusement, n'a été découvert qu'après la fin de l'expérimentation, touchait, il est vrai, une population de Noirs !

L'expérimentation humaine a été faite plus systématiquement dans les camps de concentration nazis. Les recherches sur le refroidissement et les techniques de réchauffement sont remarquables. De même l'étude de l'absorption de l'eau de mer fut faite systématiquement. Que nous approuvions ou non de telles expérimentations, leurs résultats sont utilisables et utilisés par les médecins. On sait peu de chose sur les activités du Dr Karl Clausberg, car la protection de la justice et des experts médicaux (qui se sont tous récusés) a retardé longtemps son procès. Finalement, K. Clausberg a été retrouvé pendu dans sa cellule ; l'enquête officielle conclut au suicide, mais les journalistes allemands laissent entendre que de puissantes sociétés chimiques, des laboratoires pharmaceutiques, pour qui Clausberg, « en d'autres temps », avait travaillé, désiraient acheter son silence. « Qui a tué Clausberg ? Peut-être tout simplement Clausberg lui-même[6]. » Il est probable que nous utilisons aujourd'hui des médicaments qui ont « bénéficié » des expérimentations humaines pratiquées par Clausberg.

Des médecins allemands ont également participé à des techniques de stérilisation, tel Victor Breck qui dit, pour sa défense, avoir voulu « les sauver de la mort » ! Il mit aussi au point des techniques d'euthanasie, sans doute pour procurer une mort moins douloureuse à ceux qui étaient, de toute façon, condamnés. Ce ne sont pas là des faits monstrueux. En France, le Dr Guillotin ne doit-il pas sa célébrité à la mise au point d'une machine euthanasique qui fonctionne toujours.

La commisération médicale pour les condamnés de droit public comme pour ceux condamnés par leur maladie a des aspects étranges. La *Gazette des Hôpitaux,* en 1971[7], publiait un

éditorial de J. Duchier intitulé « Mort pour rien ». Il vaut la peine d'en relever les lignes suivantes :

« … Pour quelle raison les condamnés à une privation de liberté, celle-ci pouvant aller jusqu'à la peine de mort, ne peuvent-ils, sous prétexte de respect de l'intégrité de la personne, être utilisés à des fins scientifiques ? On répond en général que le condamné n'a plus son libre arbitre pour décider en toute liberté ; mais a-t-il consenti à séjourner derrière les barreaux et parfois à se laisser trancher la tête ? Dès lors que la société a décidé d'un châtiment définitif, celui-ci se doit d'être utilisé au mieux. Il n'est, bien entendu, pas question de proposer un marché assimilable à un « trafic des indulgences », mais d'obtenir par ce moyen une revalorisation de l'individu. Le fait même pour un criminel endurci d'avoir été utile pourrait contribuer autant que le psychologue à la « rééducation et à la réinsertion sociale » du condamné. Dans le même temps où médecins et chirurgiens, ou chercheurs, luttent pour préserver la vie, n'est-ce pas un « gâchis inconcevable » qu'une « mort pour rien » délibérément décidée… Le concept de paiement d'une « dette à la société » est-il mieux assuré par une vengeance inutile que par une contribution au progrès médical ou scientifique ?… Le meurtrier qui a détruit une vie, contribuant à sauver d'autres vies, n'est-ce pas là le rachat ? »

Les arguments sont donc toujours les mêmes : le sujet est de toute façon condamné par la maladie ou par la société. Il appartient à une humanité inférieure. Ce n'est qu'après les insuffisances des expérimentations sur les porcs que les nazis expérimentèrent sur les Juifs, les Tziganes et les opposants au régime. Les Noirs, les condamnés de droit commun jouent aujourd'hui le même office.

Le principe même de l'expérimentation humaine était défendu en avril 1964 par la revue suisse *Médecine et Hygiène :*

« L'animal expérimental idéal est l'homme. Chaque fois qu'il est possible, il faut prendre l'homme comme animal d'expérimentation. Le chercheur clinique doit avoir à l'esprit que, pour connaître la maladie humaine, il faut étudier l'homme. Il n'est de recherches plus satisfaisantes, plus intéressantes et plus lucratives que celles effectuées sur l'homme. Il nous faut donc aller plus loin dans la recherche sur le plus développé des animaux : l'homme. »

Il est certain que de telles prises de position ne sont pas aberrantes. Au nom de quoi l'Ordre des médecins, si prompt à prendre des positions moralisatrices en d'autres circonstances, formulerait-il des condamnations contre de telles pratiques ? S'il ne l'a pas fait, c'est bien parce qu'elles sont dans l'ordre du discours médical. Il est significatif que les expériences sur les sujets refroidis par immersion aient été pratiquées par une éminente personnalité médicale, le Dr Holzlöhner, dont le capitaine Schultzer disait : « Il était d'un dévouement exemplaire. Nous n'avions jamais connu un médecin aussi humain. Une seule chose comptait pour lui : notre guérison[8]. » Sans doute n'a-t-il consenti à l'expérimentation humaine que pour sauver des milliers d'autres humains ? Et ce médecin « très humain » n'a probablement pas renoncé sans peine à l'utilisation de l'anesthésie. La question de Malgaigne se pose toujours : « Qu'un malade souffre plus ou moins, est-ce là une chose qui offre de l'intérêt pour l'Académie des Sciences[9] ? » Malgaigne pouvait justifier de l'intérêt double de l'anesthésie par l'éther, car en évitant des souffrances au malade, on facilitait l'intervention chirurgicale. L'intérêt du malade rejoignait celui de la recherche médicale. Pour le Pr Holzlöhner, le problème se posait en d'autres termes : l'expérimentation aurait été faussée et inutilisable si les patients avaient été anesthésiés.

En dernière analyse, c'est l'intérêt de la science qui prévaut. « Il y a plus important que le malade et le médecin, il y a la médecine », disait Knock. Sous cette forme, le dictat est trop abrupt pour être recevable. Car le silence doit être fait sur les exigences du discours. On ne stigmatise comme excès que ce qui est irrecevable pour l'idéologie de l'époque et le pouvoir politique. Mais l'idéologie de l'époque se transforme aussi en fonction de ce que permet la poursuite du discours médical. Les conditions de vie dans les hôpitaux psychiatriques et les asiles de vieillards ont été scandaleuses pendant la guerre, les morts par dénutrition s'y sont comptés par dizaines de milliers. Le silence du corps médical s'explique surtout par l'impossibilité d'émouvoir le public pour des êtres considérés inférieurs, comme les Juifs, les lépreux, les fous ou les criminels. C'est la possibilité de plus en plus grande d'assurer une vie « normale » à de tels internés qui change peu à peu l'idéologie commune. De même, l'existence de techniques simples et sans danger familiarise avec l'idée de l'avortement. Le médecin ne peut plus ignorer que son refus de pratiquer l'avortement peut conduire sa consultante à réaliser elle-même une intervention dangereuse et mutilante.

Les problèmes que pose le développement de la technique médicale ne cessent de changer, et c'est en vain que les médecins eux-mêmes ne peuvent prétendre en avoir la maîtrise. Hamburger[10] raconte comment il fut amené à consulter le professeur Jankélévitch, titulaire de la chaire de morale à la Sorbonne, pour lui exposer les problèmes que lui pose la pratique médicale. Cette rencontre entre deux sommités, pour pompeuse qu'elle soit, a quelque chose de touchant par l'absence qu'elle consacre, celle du principal intéressé : le malade. Jankélévitch déclina toute compétence. C'est au médecin de

prendre seul ses responsabilités. Sans doute ne faut-il voir là que la juste réserve d'un philosophe devant une science et un art dont il ne prétend pas être un praticien. Mais justement, n'est-ce pas là une singularité étonnante que le médecin soit aussi seul dans sa pratique ? Tout autre discours, même d'un « intellectuel », n'est-il pas d'avance récusé, même s'il est sollicité ?

La suppression de toute position critique opposable à l'éthique qu'impose l'ordre médical devrait pourtant faire problème, sinon aux médecins, du moins aux moralistes. La mise en avant de l'impératif technique, scientifiquement établi, ne concerne pas seulement la médecine mais l'économie ; la politique, l'urbanisme… Mais c'est évidemment pour la médecine que l'impérialisme scientifique est le plus sensible car il touche directement les corps. Les protestations contre cet impérialisme sont souvent aberrantes ou jugées comme telles quand il s'agit de toxicomanies et des diverses formes de suicide auxquelles recourt une frange de population jugée « malade et marginale ». Elles revêtent aussi parfois le refus du recours à la médecine traditionnelle, le recours à diverses formes de charlatanisme parmi lesquelles on n'hésite généralement pas à ranger la psychanalyse. Mais le vrai problème ne réside-t-il pas dans le refus qu'oppose la Science à prendre en considération ce qui ne va pas dans le sens de son « progrès » ?

Ce ne sont pourtant pas seulement les résistances explicites à l'ordre médical qui manquent mais les médecins les écartent d'un revers de main dédaigneux. Voici par exemple ce qu'écrit J.-R. Debray des magistrats : « Pourquoi, au lendemain de la réforme de 1945 qui introduisit dans les textes législatifs la nouveauté du délit par omission, des “commentateurs pressés pour ne pas dire empressés ont-ils demandé l'application du nouvel article 63 du Code pénal aux médecins ? Et pourquoi les

tribunaux" avec une quasi-unanimité "ont-ils répondu favorablement (avec entrain même) à cette suggestion[11] ? »

Louis Kornprobst, avec une franchise un peu brutale, donne une réponse : « Peut-être faut-il y voir une réaction, une revanche inconsciente même sur la désinvolture et la cupidité avec lesquelles, on peut bien le dire parce que c'est malheureusement vrai, *les plus mauvais éléments* du corps médical exploitent leur clientèle. »

J.-R. Debray invite à méditer cette interprétation « du grand juriste contemporain » dont l'œuvre témoigne « d'une grande compétence de la pensée médicale et aussi de la profession médicale », et pense qu' « elle est de nature à démontrer la nécessité d'une juridiction professionnelle, d'un ordre agissant et respecté ».

Or, dans cette mauvaise querelle, de quoi s'agit-il sinon d'obtenir que les médecins échappent à la loi commune, sous prétexte d'abus possibles de la part de la clientèle ? L'interprétation de Kornprobst est simple : tout le mal vient des mauvais médecins « exploiteurs de leur clientèle », et des petits magistrats « revanchards » qui « réagissent inconsciemment ». C'est là une interprétation assurément- non juridique et qui jette le discrédit sur les petits magistrats et les petits médecins. Mais comment nous faire croire, si son hypothèse est juste, qu'on va ramener les mauvais, médecins dans le droit chemin en les faisant échapper à la loi commune ? Ne serait-ce pas là, au contraire, le plus sûr moyen de les inciter à tous les abus que couvrirait une juridiction professionnelle nécessairement plus « compréhensive » à l'égard des « raisons » des confrères ? S'il est vrai que des magistrats ont eu une attitude « revancharde » (nous laissons à Kornprobst la responsabilité de cette interprétation injurieuse) n'est-ce pas plutôt parce que les juristes sont exaspérés de devoir s'incliner si souvent devant l'autorité

« scientifique » du corps médical, parce que ce qui fait force de loi, ce sont les usages professionnels, l'Ordre des médecins, l'avis des experts ?

Il ne me paraît pas en tout cas qu'on puisse reprocher aux magistrats d'appliquer la loi et aux médecins d'exercer la médecine. Il n'est que trop facile de parler de mauvais médecins et de mauvais magistrats pour expliquer des conflits qui sont beaucoup plus graves. On ne peut qu'être frappé de voir avec quelle légèreté de grands médecins et de grands juristes, ou qui se croient tels, traitent des problèmes de l'éthique médicale. Dans ces conditions, il n'y a pas lieu de s'étonner si de petits médecins et de petits magistrats font peut-être parfois des faux pas.

Le discours médical instaure un ordre des choses, et cet ordre est aussi juridique et normatif que l'ordre juridique commun. Qu'il y ait des conflits, c'est ce qui me paraît inévitable mais fécond. A le nier, on se refuse d'avance à comprendre quoi que ce soit à ce qui est un principe fondamental à la fois du fascisme et de la médecine : faire le bien des autres, éventuellement malgré eux, et de force. C'est s'affirmer comme maître d'un monde mort. Il ne faudrait pas oublier qu'Hippocrate était le livre de chevet de Himmler, et que les dictatures de tous pays ont usé et abusé de la métaphore médicale : le pays est malade. Il faut intervenir chirurgicalement. Il faut l'amputer de ses membres gangrenés. Le peuple n'est pas en état de se diriger lui-même. Il faut faire « confiance » à celui qui vient comme un médecin pour le pays.

L'éthique médicale est porteuse de ses propres impasses. Il y a un *reste* à l'opération que comporte l'acte fondateur du discours médical : la séparation de l'homme et de sa maladie. Ce reste, c'est l'homme, abandonné aux philosophes, aux prêtres et aux gouvernants qui n'ont rien de plus pressé que de copier le modèle médical. Il reste à espérer que les psychanalystes n'en

fassent pas autant. C'est pourtant ce qu'ils feraient, inévitablement, s'ils ne prenaient soin de se démarquer d'un discours médical, qui est en lui-même parfaitement respectable, mais qu'on ne saurait suivre jusqu'à l'impérialisme dont il est porteur.

NOTES

1
Jurgen Thorwald, *Histoire de la médecine dans l'Antiquité,* Hachette, 1962, p. 217 et s.
2
Canguilhem, *op. cit.,* p. 81-82.
3
J.-R. Debray, *Le Malade et son médecin, op. cit.,* p. 80.
4
J. Bernard, Exposé au 1er Colloque international de morale médicale, t. II des *Travaux du Congrès,* Masson. Citation extraite du Colloque de médecine de France n° 132 (souligné par l'auteur et par moi).
5
Washington Post, 8 octobre 1971.
6
Christian Bernadac, *Les Médecins maudits,* France-Empire, 1967, p. 172.
7
Gazette des Hôpitaux, 1971, 143.28.
8
Ch. Bernadac, *loc. cit.,* p. 41.
9
Cité par H. Mondor, *Grands Médecins,* Paris, 1943, p. 288.

10
Hamburger, *Grandeur et Tentation de la médecine, op. cit.,* p. 124.
11
J.-R. Debray, *Le Malade et son médecin, op. cit.,* p. 109 et s.

16

De l'idéologie à la déontologie

« Consacre-toi entièrement à soulager les malades, même s'il y va du sacrifice de ta vie. Ne nuis jamais, pas même en pensée, au malade. Efforce-toi sans cesse de parfaire tes connaissances. Ne soigne aucune femme en dehors de la présence de son mari. Le médecin est tenu d'observer les règles de la décence et de la bonne conduite. Lorsqu'il se trouvera au chevet de son malade, il ne se préoccupera que du cas de son patient. Sorti de la maison, il lui est interdit de parler de ce qui se passe au foyer du patient. Il ne doit jamais évoquer devant un malade l'éventualité d'un décès si, ce faisant, il porte préjudice au malade ou à quelqu'un d'autre. Face aux Dieux, tu prendras cet engagement. Que tous les Dieux te viennent en aide si tu observes ces règles ! Dans le cas contraire, ils se tourneront contre toi. Et les disciples diront : Ainsi soit-il. »

Aussi bien que devant le texte d'Hippocrate, les médecins contemporains pourraient prêter serment devant celui-ci qui se trouve dans le *Susruta-Samhita*[1]. Le fait même de la prestation de serment serait assez singulier pour qu'on s'y arrête. Devant les Dieux, devant Dieu, devant l'Être suprême, selon les époques, il confère la solennité d'un engagement religieux à l'obtention du doctorat en médecine. Devant le corps médical,

devant la Faculté, il est un engagement pris à l'égard des futurs confrères. La sacralisation de l'acte médical s'y trouve incluse, en même temps qu'une fidélité corporatrice s'y constitue. Ce n'est pas sans satisfaction que les médecins constatent la pérennité de certains grands principes qui défient l'éloignement dans le temps et dans l'espace des pratiques médicales. Ils y voient, en quelque sorte, la preuve qu'un fondement naturel de la pratique médicale trouve partout les mêmes principes et les mêmes mots.

Par là se manifeste une des fonctions les moins contestables de l'idéologie. Elle est principe de regroupement, d'homogénéisation d'un corps social. Un idéal est constitué autour duquel le groupe peut s'identifier, de la même façon qu'une idéologie politique structurée permet aux militants et aux partisans de se reconnaître. Ce qui implique aussi l'exclusion des autres, de ceux qui ne font pas partie du groupe. Une communauté de formation à la Faculté de médecine, la prestation du serment, et maintenant l'appartenance à un même « Ordre des médecins » contribuent à la constitution et à l'homogénéisation du groupe. L'équivalence des titres dans la même nation et plus récemment entre diverses nations élargit la notion étroitement corporatrice pour fonder le regroupement des médecins sous une même bannière.

La nécessité du regroupement des médecins en une seule unité corporatrice n'est pas apparue évidente au cours de la préhistoire de la médecine. En Égypte, les médecins étaient extrêmement spécialisés. Hérodote écrivait : « Chaque médecin ne soigne qu'une maladie. Aussi sont-ils légion ; il y en a pour les yeux, d'autres pour la tête, les dents, le ventre et même les maladies non localisées[2]. » Les commentateurs sont restés incrédules. Il a fallu les découvertes archéologiques récentes pour qu'on juge de l'exactitude de cette description. Ainsi y avait-il

jusqu'à un « gardien de l'orifice intestinal royal ». L'exemple le plus extrême de la dispersion du savoir médical nous est donné encore par Hérodote : « Une autre coutume babylonienne est la façon dont ils traitent leurs malades. Comme il n'y a pas de médecins à Babylone, on porte tous les malades sur la place publique. Les passants s'approchent, discutent avec le malade, lui donnent des conseils s'ils ont déjà eu la même maladie ou si un de leurs amis l'a eue. Passer près d'un malade sans l'interroger ni lui demander ce qu'il a est absolument interdit[3]. »

On conçoit qu'il ne ressortait pas à l'évidence qu'il y ait une identité naturelle entre des affections aussi diverses que la malaria et une affection osseuse, une ophtalmie et une stérilité. Comment supposer que c'est le même Dieu qui guérit toutes les maladies ? Spécialisés, n'adorant pas le même Dieu, les médecins égyptiens ne pouvaient que se jalouser et constituer des aires d'influence qui ne favorisaient pas la mise en commun de leur savoir.

C'est donc un des aspects les plus remarquables de l'œuvre d'Hippocrate d'avoir tellement lutté pour la constitution d'un corps médical homogène en faisant taire querelles et discussions internes. Son refus de la médecine localisatrice de l'École de Cnide n'est sûrement pas sans rapport avec son souci d'éviter des spécialisations contraires à l'homogénéisation du corps médical. Aujourd'hui, la prolifération des spécialités est une des préoccupations des dirigeants de la médecine, et on dénonce les risques d'une médecine qui deviendrait médecine d'organes, le rôle du généraliste s'y réduisant à une fonction d'orienteur.

L'unité du corps médical se fonde sur la participation à un savoir commun, mais aussi à un vocabulaire commun. Le latin et aussi la langue de Diafoirus ont puissamment contribué à l'unification du corps médical, dont le vocabulaire de plus en plus

technique est inaccessible aux profanes. Tout ceci ne s'est certainement pas fait sans pertes, le savoir des empiristes, des charlatans, des rebouteux, des sorciers… contenant sans doute des secrets et des recettes précieux. Mais l'unification était nécessaire à l'établissement d'une base scientifique de la médecine.

L'existence d'un corps médical homogène s'accompagne d'une hiérarchisation extrêmement forte, en particulier dans les structures hospitalières qu'on a décrites comme de véritables féodalités, assurant la suzeraineté des patrons qui donnent en échange leur protection à des médecins moins titrés et plus jeunes. Curieusement, ce n'est pas là une structure archaïque que l'évolution tend à réduire. La pyramide hiérarchique tend au contraire à s'élargir du fait que le nombre des chefs de service augmente peu, alors que le nombre des assistants augmente considérablement. Il en va de même pour le personnel infirmier où les « surveillants » et « surveillantes » ont à diriger un personnel subalterne de plus en plus important. Parallèlement se forme une hiérarchie entre les services. Le haut de l'échelle est constitué par les services où la technique est la plus sophistiquée, et le bas de l'échelle par la médecine générale, les services de vieillards et la psychiatrie[4].

La hiérarchisation, la mise en place de services spécialisés répondent à des contraintes administratives évidentes. Mais surtout se trouve ainsi constituée une image idéale de la médecine, de la haute compétence des médecins, de la mise en œuvre des moyens techniques les plus sophistiqués. Image largement renvoyée par les mass media. Le médecin praticien se rappelle, et rappelle aux autres, qu'il y a mis les pieds. Il y trouve la couverture matérielle, morale et juridique dont il pourrait difficilement se passer.

La hiérarchisation permet aussi de constituer le petit médecin. A celui-ci est attribué peu de savoir : malgré le principe de la cohésion du corps médical, quel médecin acceptera qu'un membre de sa famille soit placé sous la responsabilité d'un petit médecin de province ou de quartier ? A celui-ci sont attribuées toutes les turpitudes possibles sur le plan déontologique. Les « grands médecins » sont par contre censés allier compétence, technique et probité morale...

Nous avons vu comment les « mauvais » médecins sont constitués en boucs émissaires, dos à dos avec les « petits » magistrats, des problèmes que pose l'éthique médicale. Comment ne pas voir que les études médicales instituent ce faux problème ! Déjà du temps d'A. Paré, on enseignait les futurs médecins en latin, et les chirurgiens-barbiers dans la langue des rues (le français).

L'existence d'un corps médical, homogène et solidaire, a donc une double fonction. D'une part, de créer un corpus solidaire de l'idéologie qu'il constitue et qu'il soutient à travers les avatars que lui impose sa confrontation avec l'idéologie contemporaine ; d'autre part, de faire face aux réinterprétations que nécessite la poursuite même du discours médical, dans la mesure où de nouveaux pouvoirs, sur le plan technique, lui sont donnés, dans la mesure aussi où l'éloignement de plus en plus grand du malade lui retire ce que les médecins d'autrefois pouvaient mieux appréhender.

L'unité et la cohésion du corps médical se complètent ainsi de la spécialisation et de la hiérarchisation. Chaque médecin peut être individuellement critiqué. Mais l'ensemble du corps médical reste inattaquable.

Ce qui est le plus fondamental dans la constitution de l'idéologie, c'est la nécessité d'obturer ce que la science ne veut pas savoir de ce qui la constitue. L'idéologie se constitue en fonction des lacunes, des contradictions et des défauts théoriques de la science. Elle est en quelque sorte l'envers de la science, comme semble le laisser entendre Althusser. La poursuite du discours scientifique crée une zone où sont affirmés des principes non démontrés et souvent contradictoires qui servent de bouche-trous. Aussi, alors que la rigueur s'impose dans ce qui est le travail proprement scientifique, les grands principes idéologiques sont seulement affirmés vigoureusement et quand on tente de dire qu'ils n'apparaissent pas toujours dans les faits, ou bien qu'ils sont contradictoires entre eux, on se voit opposer des *dénégations* d'autant plus vigoureuses qu'elles paraissent atteindre la respectabilité de la communauté scientifique. Dénégation en ce sens qu'est reconnue l'*existence* des faits, en même temps qu'on nie qu'ils aient une *cohérence* avec l'ensemble du système. Les utilisations malencontreuses de la Science sont attribuées à la maladresse des techniciens, des industriels, des hommes politiques dont on peut se gausser et dont la cupidité n'est pas à démontrer, sans que soit mise en cause la respectabilité de ceux qui s'adonnent à la recherche fondamentale. En médecine, comme nous l'avons vu, ce sont les petits médecins qui font les frais de l'opération, quand ce n'est pas le personnel administratif des hôpitaux ou de la Sécurité sociale, quand ce ne sont pas les hommes politiques et autres qui ne comprennent pas les légitimes exigences d'un corps médical, par définition irréprochable.

La médecine se prête particulièrement bien à la constitution d'une idéologie d'autant plus vigoureuse qu'elle est nécessitée par une pratique quotidienne. Les médecins contemporains sont persuadés qu'ils contribuent à constituer une humanité

nouvelle prenant conscience de son destin. Ils n'ont pas tort de chercher à évaluer l'effet de leurs techniques. Mais ils reprennent là le thème très ancien du médecin-philosophe que les générations nous ont transmis. Pourtant le contact avec la souffrance et la mort ne peut rien apprendre ; le médecin les évacue parce que, en tant que médecin, il ne les aborde que sous leur aspect technique. Mais à vrai dire, dans cette prétention à pouvoir légiférer au-delà de ce qui constitue leur spécialité, les médecins renouent avec leurs origines, avec le caractère sacré d'une profession qui ne se distinguait pas fondamentalement de la religion.

Ce que la médecine cherche surtout à dissimuler, c'est la « déshumanisation » qu'elle instaure (pour reprendre le mot de Leriche). Kelsen[5] a montré que la loi juridique ne s'appliquait pas à l'homme qui n'entre en considération qu'en tant qu'il faut une *effectivité* de la *sanction* juridique, sans quoi le droit n'aurait pas d'objet. C'est au *devoir-être* de l'homme que le droit s'adresse, parce que sans lui l'homme ne se plierait pas au droit et n'appliquerait pas la loi. Le devoir-être de l'homme réel auquel le médecin a affaire (c'est-à-dire le malade) c'est la santé. Devoir-être qui exclut donc tout homme réel, non seulement les malades, mais aussi tous ceux qui sont des malades en puissance parce qu'ils ne suivent pas les règles de l'hygiène, parce qu'ils font des excès, parce qu'ils ne sont pas vaccinés... et surtout parce que c'est aux exigences (douteuses) de l'organisme qu'ils se réfèrent et non à l'Ordre médical. « Je serais curieux de connaître quelqu'un qui, au sortir de cette dernière causerie, se sentirait d'humeur à batifoler », disait Knock. Il est vrai que le discours médical constitue comme objet phobique la saleté, des maladies... et qu'on n'a plus guère l'envie de batifoler.

L'organisation des services médicaux (privés ou publics) ressemble de plus en plus à un univers kafkaïen où s'instruit le « procès » d'un homme qui, jusqu'au dernier moment, ne sait s'il sera condamné, ni par qui, car on ne dit généralement pas à un malade le diagnostic et le pronostic s'il est fatal. Il est vrai qu'on parle constamment d'humaniser les hôpitaux puisque c'est une obligation déontologique. Il n'est pas sûr cependant que ces bonnes intentions puissent avoir d'autre effet que de créer des spécialistes en rapport humain : assistantes sociales spécialisées, hôtesses, médecins psychosomaticiens... Il est des malades pour regretter le « médecin de famille », malgré sa réputation de moindre compétence. L'organisation hospitalière actuelle n'est pourtant pas évidente. Sous la Révolution française, l'idée était généralement acquise qu'un des principaux devoirs humanitaires était la suppression des hôpitaux, cette opinion étant appuyée sur l'idée que c'est dans son « milieu naturel », c'est-à-dire sa famille, que le malade devait être observé et soigné. Toute une législation au cours de l'An II visait à une déshospitalisation. « Un homme n'est fait ni pour les métiers, ni pour l'hôpital, ni pour les hospices : tout cela est affreux[6] », disait Saint-Just. On n'en est plus là, et il n'est pas question d'y revenir. Des considérations techniques ont modifié la notion de « respect de la vie et de la personne humaine ». « Le milieu naturel » n'en fait pas partie. On naît, on souffre et on meurt à l'hôpital. Qui oserait opposer d'autres raisons à la raison médicale ?

Un autre thème de l'idéologie médicale : l'égalité des hommes devant la médecine. L'art. 3 du Code de déontologie précise : « Le médecin doit soigner avec la même conscience tous les malades quels que soient leur condition, leur nationalité, leur religion, leur réputation et les sentiments qu'ils lui inspirent. » Ce qui est un peu en contradiction avec l'art. 35 :

« Hors le cas d'urgence et celui où il manquerait à ses devoirs d'humanité, un médecin a toujours le droit de refuser ses soins pour des raisons professionnelles et personnelles. » Les malades ont souvent le sentiment d'une discrimination. Et il est de fait[7] que la clientèle des services les plus spécialisés (donc les plus chers) est constituée par des malades appartenant surtout à des milieux aisés (malgré l'égalisation par la Sécurité sociale), alors que c'est presque exclusivement une clientèle pauvre qui fréquente les services les moins spécialisés et les moins cotés. Evidemment, les bourgeois ne vont à l'hôpital que lorsqu'ils ont à faire un traitement qui serait trop onéreux dans le privé ; mais aussi ils sont plus avertis, par leur plus grande proximité du savoir médical, des meilleurs services et s'y adressent directement. L'inégalité devant les soins est de toutes les époques. Le Code d'Hammurabi[8] prévoyait déjà des honoraires différents pour les soins donnés à un seigneur, à son fils, à son esclave, à son animal.

Malgré l'affirmation du code, la notion d'humanité inférieure existe dans l'idéologie médicale. Avec une hiérarchie. Ainsi, comme nous l'avons vu, l'expérimentation humaine est-elle d'autant plus facilement tolérée qu'elle est pratiquée sur des sujets condamnés 1° par des lois ou des préjugés raciaux (Juifs en Allemagne nazie, Noirs aux États-Unis), 2° par des lois de droit commun (Duchier), 3° par la maladie (hôpitaux).

Certaines situations sont étranges et on conçoit bien que les médecins n'aient pas toujours respecté le Code. Tels ceux qui, à Buchenwald, fournirent un vaccin antityphique inactif pour les troupes allemandes des fronts russes. Au procès de Nuremberg, lorsque Niragowsky apprit ce sabotage, il s'adressa au président : « Ceci représente une attitude qui n'a rien de commun avec les concepts d'humanité exprimés par ces messieurs aujourd'hui[9]. » L'institut Pasteur, Dr Trefouel et Dr Bernard en

tête, sabota la production de vaccins et sérums pour l'armée allemande qui pourtant fournissait les chevaux nécessaires à leur préparation. De même, il est patent que, le cas échéant, le médecin donne la préférence de ses soins et des médicaments rares à ses parents, ses proches et ses frères de race. Le silence des autorités médicales en ces circonstances est impressionnant.

Parce que le malade, en tant que tel, n'existe pas, sa liberté ne lui est pas reconnue. Ou plutôt, elle ne lui est imputée qu'en tant qu'il est demandeur à l'égard de la médecine, c'est-à-dire quand il se réfère explicitement à ce « devoir-être » que constitue la santé. Par là se justifie la pratique « libérale » de la médecine. Mais il est bien certain que pour le malade qui crie à l'hôpital « qu'on me laisse mourir en paix », le corps médical adopte au mieux une attitude compréhensive à l'égard de celui dont on imagine aisément l'angoisse. On lui donne des sédatifs. De toute façon, il n'y aura pas de suites à sa protestation, ni s'il meurt dans une agonie inutilement prolongée, ni s'il guérit, parce qu'on ne doute pas qu'il sera finalement satisfait qu'on lui ait fait violence. Sa liberté de juger de son propre cas n'est-elle pas de toute façon purement fictive, puisqu'il n'a pas accès à son dossier, le devoir du médecin étant de lui celer un pronostic trop grave, de ne pas le mettre au courant de tous les risques que fait courir une intervention exploratrice ou curatrice, pour ne pas augmenter inutilement son angoisse ? Sans doute, s'il fait appel à un autre médecin, celui-ci pourra-t-il avoir accès au dossier (comme on dit qu'un avocat a accès au dossier d'un inculpé), mais comment espérer que l'autre médecin ne se rendra pas aux « raisons » qu'impose l'ordre médical ?

Nous rejoignons ici la notion de « secret médical », autre point solidement affirmé par l'idéologie. C'est pourtant un point fragile. Certains pays l'ont entièrement abandonné et la

législation française elle-même connaît quelques assouplissements. Entre Rist qui affirme que le secret est périmé car « datant d'une époque où la notion même de contagion n'existait pas » et Pasteur Vallery-Radot qui en fait « la pierre angulaire de la morale médicale », il y a tout un éventail d'opinions au sein du corps médical français.

En pratique, le secret n'est guère possible, en raison du contrôle des organismes de remboursement, de l'existence d'un important personnel paramédical (quoique lié, en principe, au secret), parfois de l'affichage du nom du malade hospitalisé. Le seul fait de consulter ou d'être hospitalisé dans un service spécialisé (alcoolisme, vénériologie, psychiatrie, tuberculose...) suffit largement à lever le voile. Dans certains cas même, le médecin est relevé de son obligation de secret si sa pratique lui fait connaître des crimes. Dans d'autres circonstances, le médecin est même légalement obligé de lever le secret pour les maladies à déclaration obligatoire. Encore ne faisons-nous pas état des indiscrétions partielles et intéressées. L'annonce publique d'une crise hémorroïdaire bénigne du président Pompidou, alors qu'il était proche de la mort, est un scandale contre lequel l'Ordre des médecins ne s'est pas élevé, bien que l'autorisation de lever le secret professionnel pour des raisons politiques ne soit pas prévue au code. Il ne s'agissait, en la circonstance, que d'utiliser l'autorité médicale pour berner le public.

Le secret médical n'est en pratique gardé que quand il n'a pas d'importance. Il est d'ailleurs évident que bien des aspects de la lutte contre les épidémies et maladies ne seraient pas possibles avec le maintien du secret. Toute cette idéologie mérite d'être dégonflée, car elle ne peut que maintenir l'idée que la maladie est une chose honteuse et qu'il faut cacher. En pratique, il va de soi que le malade ne vient pas se confier pour qu'on fasse des ragots de ses confidences ou pour qu'on puisse les retourner

contre lui devant la Justice. Mais il n'y a là qu'une décence minimale qu'on est en droit d'attendre du médecin. S'il y a une obligation morale, c'est celle de la discrétion que chaque homme doit avoir à l'égard des confidences qui lui sont faites. Cette obligation est déjà légalisée par l'article 278 du Code pénal. Il n'y a nulle nécessité d'en faire une vertu particulière du corps médical, si ce n'est pour préserver une image de marque comme le fait J.-R. Debray : « L'une des assises morales les plus solides du secret médical réside dans la sauvegarde de la confiance[10]. » Le public n'est pas aussi naïf qu'on le croit dans les hautes instances, et ne se fait guère d'illusions sur un corps médical qui serait un farouche gardien du secret. Pour lui, il ne s'agit que d'un alibi permettant de faire passer le seul secret qui importe vraiment : le secret du diagnostic, du pronostic et des décisions médicales le concernant. Le Code de déontologie pense volontiers aux conséquences de révélations qui seraient trop brutales. Il songe moins à l'angoisse qui résulte pour le malade d'être traité en imbécile et en incapable.

La nécessité de donner corps à l'idéologie médicale a conduit à la création d'un Ordre des médecins, et d'un Code de déontologie. L'un et l'autre sont censés représenter les obligations spécifiques du corps médical. Il est significatif que le principe d'un Ordre des médecins, après avoir été rejeté par le Sénat en janvier 1934 sous la pression des juristes, ait été finalement institué par le régime de Vichy. De même, c'est par règlement d'administration publique qu'est adopté le Code de déontologie. Aucune juridiction n'est pratiquement en mesure de s'opposer aux décisions du Conseil de l'Ordre, sauf peut-être le Conseil d'État qui pourtant ne doit pas, comme nous l'avons vu, s'ériger en « Sorbonne médicale ». Il y a là une anomalie juridique qui mérite d'être relevée puisque le Code de déontologie, qui a le

statut d'un décret (RAP), a en fait force de loi, et d'une loi qui n'a pas de comptes à rendre à la loi commune.

J.-R. Debray déplore que les mots « déontologie médicale » soient trop souvent employés « dans un sens restreint, désignant avant tout, dans le langage courant, les règles de bienséance, de courtoisie régissant les rapports des médecins entre eux, alors qu'à l'évidence, ce sont les règles concernant les rapports des médecins avec leurs malades qui constituent l'essentiel de la déontologie[11] ». L'opinion commune, dont celle de Marcel Proust à laquelle l'auteur fait allusion, se trouve coïncider avec celle des juristes. Il est de fait que la plupart des articles de déontologie régissent des rapports confraternels et assurent la respectabilité du corps professionnel. En ce qui concerne les rapports entre médecin et malade, ils complètent les dispositions du Code pénal, mais plutôt dans le sens d'une atténuation.

Ainsi la déontologie a-t-elle été accusée par les juristes d'être « paternaliste », « corporatrice » et de favoriser « l'impérialisme médical ». La déontologie est bien l'expression idéologique et juridique d'un discours du maître qui ne veut rendre d'autres comptes qu'à lui-même. René Savatier[12] écrit : « Comment le médecin peut-il devenir le maître du malade ? Le paternalisme tourne à l'impérialisme médical (…). Le colloque singulier (…) deviendrait ainsi un monologue du médecin avec lui-même. » Les juristes retrouvent les mêmes mots que ceux que commande notre analyse, faite d'un tout autre point de vue. Ils disent encore : « Si l'égalité de fait a disparu entre médecin et malade, l'égalité de droit subsiste. Les pouvoirs du médecin, pouvoirs déjà exorbitants du droit commun, lui sont donnés pour assister la personne du malade et non pour l'asservir. » J.-R. Debray, qui cite Savatier, donne la réponse, la bonne réponse, parce qu'elle est idéologique. Il affirme l'esprit libéral

« proverbial » de l'auteur du Code de déontologie, Louis Portes, qui aimait répéter la formule de Maïmonide : « Éloigne de moi, ô Dieu, l'idée que je peux tout. » Invocation de Dieu, formule conjuratrice qui ne satisfait sans doute pas le juriste ! Elle satisfait pourtant le médecin : le corps médical est insoupçonnable, et seule la malveillance peut expliquer les réserves des juristes.

La déontologie, en principe, n'est pas la loi, mais elle est « la partie de nos actions à laquelle les lois positives laissent un champ libre », d'après J. Bentham, qui est l'auteur du mot et le théoricien de la déontologie. On ne peut pourtant pas en être convaincu à la lecture des articles du Code qui règlent surtout les rapports confraternels, et ne créent pas d'obligations particulières aux médecins, sauf en ce qui concerne la respectabilité professionnelle, qui se confond trop souvent avec la respectabilité bourgeoise. L'Ordre des médecins n'intervient en pratique que pour aggraver d'une sanction professionnelle (interdiction temporaire d'exercer) la sanction pénale qu'a eu à subir le médecin. Mais la plupart du temps, c'est dans le sens d'une atténuation que va l'intervention, auprès des tribunaux de droit commun, de l'autorité que constitue l'ordre. Cela se conçoit : le Code d'Hammurabi ne sanctionnait-il pas le chirurgien maladroit en lui coupant les mains ? Outre que la sanction peut paraître excessive, elle devait décourager bien des vocations. Il fallait décider les juristes à être plus « compréhensifs » à l'égard du médecin.

C'est d'une philosophie « utilitariste » que J. Bentham se réclamait en parlant de déontologie. On ne saurait nier que, sans suivre J. Bentham dans tous les aspects de sa production confuse, le corps médical ne doute pas qu'il est de l'intérêt de tous, et pas seulement des médecins, de préserver les meilleures conditions pour l'exercice de la profession, car on ne saurait mettre en doute le bien-fondé de sa doctrine et de son éthique.

On ne peut toutefois manquer d'évoquer la machine imaginée par J. Bentham pour ramener dans le droit chemin les individus qui s'en sont écartés. Le « Panopticon » est un bâtiment circulaire où tout ce qui s'y passe peut être surveillé à partir d'une position centrale. Tout y est organisé pour qu'une hiérarchie de sanctions et une hiérarchie de plaisirs contraigne chacun à retrouver le comportement souhaité. « Nulle cruauté chez Bentham. A cet égard, il est sans doute ce qu'il voulait être : un philanthrope. C'est que la cruauté est gratuite, improductive[13] », dit J.-A. Miller dans le commentaire de son œuvre. Le médecin aussi est un philanthrope et n'en doute pas. Sa conscience est assurée de ce qu'il ne fait jamais souffrir son malade sans utilité. L'œil de l'observateur du « Panopticon » peut voir sans être vu. Toute la machine fonctionne à partir de ce principe. La moralité, la probité, la science du médecin, le secret dont il s'entoure, sa démultiplication éventuelle en d'innombrables spécialistes représentants du corps médical, tout contribue à rendre le médecin invisible. Il est le « pur regard médical ». Il est vrai que le « Panopticon » était une machine pénitentiaire. Il annonçait Fleury-Mérogis, la prison modèle, celle où les suicides sont les plus nombreux. Le mal contre lequel luttent les médecins est d'un autre ordre. Il s'appelle la maladie. Mais les hôtes d'un univers si parfaitement aseptisé sont-ils ingrats quand ils considèrent parfois l'hôpital, lieu où ils se trouvent sous le regard médical, comme une machine inquiétante ? « On entre dans l'âge de l'examen infini et de l'objectivation contraignante[14]. » Plus encore que la justice, la médecine est créatrice de cette ère nouvelle. Les médecins ne manquent pas d'en convenir, dans le privé. Mais est-ce là un fait qui a une place possible dans le discours médical ?

NOTES

1
Éthique médicale indienne, texte de *Susruta-Samhita,* cité in *Histoire de la médecine dans l'Antiquité, op. cit.,* p. 219.
2
Histoire de la médecine dans l'Antiquité, op. cit.
3
Ibid., p. 120,
4
Thèse d'A. Chauvenot, Centre d'étude des mouvements sociaux, *De l'établissement d'assistance à l'usine hospitalière,* février 1973.
5
Kelsen, *Théorie pure de droit,* Dalloz, 1962, p. 228 et s.
6
Saint-Just in Buchet et Roux, *Histoire parlementaire,* t. XXXV, p. 296.
7
Thèse d'A. Chauvenot, *op. cit.*
8
Histoire de la médecine dans l'Antiquité, op. cit., p. 124-125.
9
Ch. Bernadac, *Les Médecins maudits, op. cit.,* p. 221.
10
J.-R. Debray, *Le Malade et son médecin, op. cit.,* p. 88.
11
Ibid., p. 10.
12
René Savatier, *Traité de droit médical,* Librairie technique de la Cour de cassation, 1956.
13

Ornicar, n° 3, p. 12.

14

M. Foucault, *Surveiller et Punir, op. cit.,* p. 191.

17

Ordre scientifique et ordre juridique

La question des rapports entre psychanalyse et médecine se posa en 1927, à l'occasion du procès intenté à Th. Reik pour charlatanisme. C'est ainsi qu'on appelait l'exercice illégal de la médecine à Vienne. Le procès se termina par un non-lieu, celui-ci n'étant, comme le fait justement remarquer Contri[1], que le reflet d'un non-agir de Freud à l'égard des instances judiciaires et de la société.

Ajoutons que ce que Contri appelle le ton de *gentlemen's agreement* de la postface écrite par Freud, est aussi le constat du bafouillage des élèves de Freud sur la question de la scientificité de la psychanalyse posée par la « laïenanalyse » (Traduisons par « analyse laïque, ou profane », pour bien garder l'idée que ce qui est profané par l'analyse pratiquée par des non-médecins, c'est le caractère sacré de l'Ordre médical, ce que je m'emploie à démontrer ici.)

La profanation va plus loin que l'Ordre médical, elle touche l'ordre juridique. Legendre a montré ce que cet ordre doit à l'ordre théologique[2] et nous ne perdrons pas de vue qu'en parlant de l'un, c'est aussi l'autre qui est en question. Quand on étudie les rapports de la psychanalyse avec la médecine, on ne peut manquer de rencontrer les juristes. C'est ce que nous

avons déjà vu : la médecine instaure un ordre qui, à bien des égards, est un ordre juridique, constitué beaucoup moins par l'instance juridictionnelle administrative de l'Ordre des médecins, que par l'établissement de l'autorité du corps médical, autorité qui touche à tout ce qui a trait à la pratique médicale. La *compétence* du juriste (ce qui a un sens précis au point de vue juridique) s'efface devant la *compétence* du médecin. Relevons l'*équivoque* du mot « compétence », car nous allons retrouver partout de pareilles équivoques ; elles font interprétation de ce que l'Ordre médical est, comme l'Ordre juridique un ordre de contrainte. Ce passage d'une compétence à l'autre est le même que celui qui fit passer les sorcières (accusées notamment d'exercice illégal de la médecine) des mains du juriste (l'Inquisiteur) à celles du médecin. Celui-ci finalement les déclara folles[3]. C'était là une démarche nécessaire à l'établissement du règne de la Science et de la Raison. De même Sade passa du magistrat à Pinel, de la Bastille à Charenton. Est-ce là un progrès ? Peut-être, car il est vrai que ce n'est pas du même feu qu'on brûle sur le bûcher et à l'asile. Mais alors qu'on dise aussi que Moscou a fait un progrès en remplaçant sa chasse aux sorcières (procès de 1935) par l'internement psychiatrique des opposants politiques. Pour établir la « scientificité » du matérialisme historique, ne faut-il pas déclarer fous ceux qui ne le reconnaissent pas ? Il importe moins de porter un jugement de valeur que de constater la permanence d'un *transfert de compétence*. C'est parce que le *transfert* est la pierre angulaire de la clinique psychanalytique qu'on ne peut se dispenser de remonter aux sources.

En passant d'un système juridique à un système scientifique, on renonce à un système d'imputation qui attribue la responsabilité de la maladie à un jeteur de sorts, une sorcière ou une mauvaise action du malade lui-même. Ce qui est, au moins,

déculpabilisant, mais n'empêche tout de même pas qu'on enferme le « malade » s'il est jugé dangereux (maladie contagieuse, folie). Ce n'est plus à la force si possible qu'on aura recours, mais on fera appel à la « raison » du malade. Car il doit comprendre qu'on ne peut pas et qu'on ne doit pas défier les lois de la nature. La *Raison* est un autre mot équivoque. Être raisonnable, atteindre l'âge de raison, ça a un sens précis pour un enfant, c'est se soumettre à l'ordre juridique des parents. Comme on n'arrête pas le progrès, c'est à dix-huit ans et non à vingt et un que l'ordre juridique des parents le cède à celui de l'État ; même les femmes acquièrent de plus en plus la totalité de la responsabilité juridique ; on les autorise même à voter ! Tenir un « livre de raison » (livre de comptes), arraisonner le voyageur, un bateau, cela se référait aussi clairement à l'idée que la raison du plus fort est toujours la meilleure. Mais il est clair que si on veut établir la validité de l'ordre de la Raison on discutera des raisons qui font qu'un homme se soumet à l'ordre médical[4], plutôt que de celles qui le font se soumettre ou non à l'ordre du tyran, comme le fait Kant dans la Raison pratique. Le médecin n'est pas le tyran, mais le théoricien et l'interprète de la tyrannie de l'ordre de la Nature. Il peut être jugé raisonnable de se refuser à l'ordre du prince, mais pas à celui de la science.

Les éléments du passage de l'ordre juridique à l'ordre scientifique nous sont fournis par l'œuvre magistrale de Hans Kelsen dont on sait qu'il rencontra Freud notamment à l'occasion du procès Reik. De Kelsen, on pourrait dire ce que Lacan dit des théologiens : qu'ils sont les seuls véritables athées parce qu'ils savent de quoi ils parlent. Kelsen a superbement démontré que ni la justice, ni la liberté de l'homme, ni l'égalité, ni le droit naturel, ni la morale ne sont des notions recevables pour ce

qu'il appelle l'Ordre juridique. Il ne lui manquait que de savoir qu'il était un athée de cet ordre. Ce qui lui aurait permis de mettre en conclusion, sinon de son œuvre, du moins de son article pour Imago[5], que rien, dans le « droit positif » ne peut s'opposer à ce que le législateur promulgue des lois raciales[6]. Cela aurait montré au moins que les deux Juifs viennois étaient engagés dans une même lutte contre les vertus pharisiennes qui faisaient le lit du nazisme, dont ils furent tous deux victimes et, sans doute, les seuls vrais théoriciens.

Pour fonder une science du droit, dit Kelsen[7], il faut la distinguer des sciences de la nature. Celles-ci établissent des relations de *type causal* entre les faits, montrant et démontrant que chaque fait est une *cause* qui produit (ou produira) dans certaines circonstances un *effet*. Chaque cause étant elle-même l'effet d'une autre cause — c'est là l'hypothèse fondamentale du déterminisme universel — , c'est sur le constat d'une série infinie de causes s'engendrant les unes les autres que la science fournit son système explicatif du monde.

A l'inverse, le droit établit un *système d'imputation* entre deux faits, ces deux faits étant l'un le *délit* et l'autre la *sanction juridique*. Le théoricien du droit ne peut considérer que la sanction est l'effet du délit : d'abord parce que la sanction ne se produit pas nécessairement, puisque le délinquant peut échapper à l'Ordre juridique ; mais aussi parce que l'Ordre juridique, tout en établissant la réalité du fait délictueux, peut déclarer le délinquant « incapable d'imputation » (parce qu'il est mineur, ou fou, ou en état de légitime défense, ou parce qu'un délai a expiré, etc.). Le droit, en établissant une relation entre un fait qui est donc un méfait (le délit) et la sanction ne dit donc pas ce qui sera *(sein)* mais ce qui « doit être » *(sollen)*. Au contraire, dans l'ordre de la Nature, l'effet n'est pas un *sollen,* mais l'effet sera *(sein),* car il sera *nécessairement*. Enfin, il faut remarquer

que, pour pouvoir fonctionner, l'Ordre juridique doit s'abstraire de la connaissance de la série infinie des causes et des effets qu'établissent les Sciences de la Nature, pour établir qu'un fait (le délit) est de sa juridiction et doit entraîner une sanction.

Le système juridique, en tant qu'il énonce ce qui doit être *(sollen)* établit donc des *normes*. C'est un système normatif. Mais une confusion grave est à éviter. La norme, c'est par exemple : « Le voleur doit être puni de prison. » Le *sollen* (devoir-être) correspondant, c'est « que la sanction (prison) succède au délit (vol) ». Police et magistrat sont les exécutants du *sollen*. Mais le *« Sujet du droit »* (celui qui est soumis aux sanctions établies par le droit) *n'est en aucune façon soumis à un* sollen, *au sens juridique*. S'il en conclut pour lui-même une norme (« il ne faut pas voler ») c'est une conséquence extra-juridique qui n'intéresse que sa position subjective par rapport au droit. C'est donc à juste titre que Kelsen le nomme « *Sujet* du droit ».

Il peut tout aussi bien en déduire (c'est moi qui le précise) : « Il ne faut pas se faire prendre quand on vole », ou encore « Il est plus avantageux et moins dangereux de voler la plus-value du travail des ouvriers que de voler une bicyclette ». L'Ordre juridique ne condamne pas le vol, mais seulement les infractions à l'ordre qu'il institue. De même est-on en droit de tuer en certaines circonstances (légitime défense, guerre, exécution d'un condamné, etc.). L'Ordre juridique n'est pas un ordre moral.

La *norme* instaurée par l'ordre juridique est donc différente de la norme morale, au sens où l'entend habituellement l'homme de la rue qui est le « Sujet du droit ». Elle est aussi toute différente de la *norme* au sens où en parle Canguilhem qui dégage que c'est l'organisme (et non plus le législateur) qui est producteur de normes, donc normatif, en ce sens qu'il produit les normes par où se maintiennent ses constantes

biologiques, allant jusqu'à se constituer de nouvelles normes en vue de son adaptation au milieu. Au fond, la norme « il ne faut pas voler » ou la norme « il ne faut voler que dans le cadre autorisé et protégé par la loi », est une norme adaptative, en particulier la norme morale, est de l'ordre de l'*être* (le *sein)* et non de l'ordre du *devoir-être* (*sollen*) juridique. Elle entre dans le cadre défini par Canguilhem, et non dans celui étudié par Kelsen. L'*équivoque* concernant le mot *loi* (loi juridique et loi naturelle) est la même que celle concernant le mot *norme :* norme juridique (prescriptive d'une sanction) et norme naturelle (adaptative au milieu).

Le principal mérite de Kelsen est, de notre point de vue, d'avoir replacé la *question du Sujet*. Le sujet du droit n'est nullement comme le dit la doctrine traditionnelle, celui qui a des droits à faire respecter, l'ayant-droit, par exemple le propriétaire. L'existence même de cet « ayant-droit » et son action ne sont nullement nécessaires pour faire fonctionner l'appareil judiciaire. Ce qui est tout à fait évident quand un « incapable » (mineur ou fou) est protégé par la loi, qui nomme un tuteur ou un administrateur pour défendre ses droits. Et plus encore quand il y a un meurtre, ce n'est évidemment pas l'homme assassiné qui mobilise l'appareil judiciaire pour faire respecter le *sollen* « celui qui a tué doit être puni de mort ». Le Sujet n'est pas non plus le législateur qui établit les normes, car il est bien certain que la *norme* établie par une loi fonctionne, indépendamment de la volonté du législateur (et d'ailleurs bien après qu'il est mort), nul ne pouvant prévoir toutes les conséquences d'une loi, que la jurisprudence interprétera et même rectifiera. Le *Sujet du droit,* c'est bien évidemment celui qui est soumis aux sanctions que le droit impose à chacun s'il commet un délit, ce qui nous laisse entrevoir que sa position subjective reste problématique par rapport à l'Ordre juridique, et que rien ne

permet de décider s'il s'y pliera, ou se révoltera, ou s'adaptera, et de quelle façon.

Kelsen, qui prend grand soin de distinguer science du droit et sciences de la nature, nous dit que les hommes se sont d'abord référés au système juridique de l'imputation, comme mode explicatif de la Nature, parce que c'était ce système qui réglait leurs rapports réciproques[8]. C'est ainsi qu'ils ont attribué l'origine et la responsabilité des calamités naturelles, des maladies et aussi de toutes circonstances de la vie à des actes, fautes ou volontés de certains hommes, d'une communauté dans son ensemble, pécheresse ou pieuse, ou encore, de dieux ou démons. Et ce n'est que progressivement qu'un système *causal* d'explication de la Nature s'est substitué au système *d'imputation*.

C'est sans doute exact, mais ce faisant, Kelsen se fait l'écho de l'idée que la Science se fait d'elle-même, qui croit reconnaître son « progrès » d'être devenue *causale,* en se détournant des modes de pensée « primitifs », « superstitieux » et « religieux ». Or, il est beaucoup plus cohérent de considérer que le *système causal d'explication de la Nature est la théorie du système juridique instauré par Dieu.* C'est un système qui réussit toujours et parfaitement là où le législateur humain ne réussit que partiellement. Entre un fait (causal) ou un méfait (délit) est établi un rapport constant, qu'explique la « Toute-puissance de Dieu », alors que le pouvoir de l'appareil judiciaire est incertain. Le *sollen* instauré par Dieu s'y confond avec un *sein,* cette confusion résultant de sa toute-puissance. On peut dire que le scientifique est le théoricien du système juridique de Dieu. Il ne fait pas les lois, mais il en établit la cohérence. De même, le théoricien des « ordres juridiques positifs » se borne-t-il à en montrer et démontrer la constance de certaines articulations, qui sont liées à des nécessités logiques. Kelsen prend le plus grand soin pour préciser que lui-même énonce des

« *propositions de droit* », objet de la Science du Droit, mais qu'il n'énonce pas, c'est-à-dire qu'il n'édicte pas des *« normes juridiques »,* ce que fait le législateur. Il dit même que la position du scientifique du Droit ne lui donne aucune autorité particulière pour se faire législateur.

On peut en douter, puisque Kelsen lui-même fut l'auteur de la Constitution de l'État autrichien en 1920, et resta par la suite conseiller d'État. *Dire la loi, c'est aussi faire la loi,* comme l'évoque ce que M. Foucault appelle le discours prophétique[9], discours interprète de la volonté de Dieu, et prophétisant l'avenir, contribuant à créer cet avenir en révélant ce qui est écrit, le destin, engageant de ce fait les hommes à s'y plier d'avance et à le faire advenir. En revendiquant pour le théoricien du droit les mêmes prérogatives que pour le théoricien des faits de la nature, celui de ne pas porter de jugement sur ce qu'il étudie et de se désintéresser des conséquences de ce qu'il établit, Kelsen avère ce qui est (le droit positif, l'État) et s'offre à l'accusation de se mettre en position conservatrice, sinon réactionnaire. Ce qui a détourné, bien à tort, les commentateurs d'étudier son œuvre. Car Kelsen ne cherche pas à éviter le problème des fondements du droit, et nous fournit des éléments précieux qui éclairent vivement la question :

C'est saint Augustin *(Civitas Dei)* qui interroge ce qui différencie le percepteur qui perçoit l'impôt de la bande de voleurs qui exige un tribut. Ce n'est pas, nous dit Kelsen, la plus grande crédibilité de la force de l'État qui suffit à expliquer qu'on s'incline dans un cas et qu'on se refuse dans l'autre. C'est surtout que l'État, en instaurant son pouvoir, fournit aussi un *Ordre juridique,* un ensemble de normes, auxquelles chacun adhère (plus ou moins) et qui fonde la *« validité »* du système juridique tout entier. Ainsi se constitue une *Grund-Norm* (norme fondamentale) sur laquelle s'appuient toutes les

normes instaurées par le système juridique. Cette constitution de l'État est marquée de ce que le système instauré devient un *système objectif* qu'il tient de la cohérence de ses normes, celles-ci étant prescriptives à l'égard des citoyens, mais aussi protectrices. Ce qui différencie l'Ordre donné par l'État de l'ordre donné par la bande de voleurs, c'est que le citoyen ne peut reconnaître dans ce dernier que le *droit subjectif* du voleur, alors que l'État procure un *système objectif*. Cet établissement ne va pas sans difficultés, un Ordre étatique nouveau étant toujours considéré dans ses débuts par certains citoyens et par les pays étrangers, comme le fait d'une bande de voleurs (France de la Révolution, Russie soviétique, etc.) et ce n'est qu'ultérieurement qu'il est reconnu comme État.

Là encore, Kelsen nous montre que c'est de la question du Sujet qu'il s'agit. *C'est au moment où la loi se donne comme un pur énoncé* (comme objective dirait Kelsen) *que s'efface la question de la subjectivité de l'énonciateur*. *Et c'est à ce même moment qu'apparaît la subjectivité du citoyen* (Sujet du droit) *soumis aux sanctions de la loi*. Mais on doit alors interroger Kelsen sur ce qui distingue le théoricien du droit du législateur, puisque l'un comme l'autre fournissent un énoncé « objectif », c'est-à-dire où leur subjectivité disparaît. Il est en effet évident que le législateur est un théoricien du droit, sinon il fait des lois qui sont « irrelevantes » (dit Kelsen lui-même) et en cela il n'est plus un législateur. Le théoricien et le législateur sont un seul et même personnage. C'est par là que nous pouvons comprendre ce que Kelsen dit de la validité d'un ordre juridique : *l'ordre juridique qui réussit, ce n'est pas l'ordre du plus fort, mais c'est l'ordre le plus fort,* le plus « valide », parce qu'il se constitue comme alliés ceux qu'il soumettra. Par là se trouve indiqué ce que, depuis Lacan, nous avons appris à identifier comme étant

l'ordre symbolique, et la prévalence qu'il détient du seul fait de sa propre cohérence, mais ceci mérite une analyse plus précise.

C'est bien au discours qu'il nous faut revenir, et singulièrement au *discours du maître,* dont nous pouvons dire maintenant qu'il est le discours du juriste, bien plus que le discours scientifique qui n'en est que le prolongement.

Quand Kelsen parle de la science des faits de Nature comme montrant la série infinie des causes et des effets, c'est confondre le *discours universitaire* qui enregistre une cohérence, avec le *discours du maître,* qui la constitue. Pour mettre en évidence une *cause* comme productrice d'un *effet,* il faut d'abord que le savant isole *un seul fait* (mis en cause) pour le mettre en relation avec *un seul autre fait* (dont il démontre alors qu'il est l'effet). Il met donc entre parenthèses ce qu'il pense de la théorie de la série infinie des causes et des effets. Il tranche, il fait violence à la Nature pour établir une relation qui sera cohérente avec l'ensemble de la théorie scientifique, ou qui permettra d'établir une nouvelle théorie. Ainsi, pour reprendre l'exemple donné par Kelsen, il ne s'interroge pas, pour démontrer que la chaleur dilate les corps, sur ce qui *cause* la source de chaleur, car c'est indifférent pour sa démonstration. Et si c'est lui-même qui a procuré la source de chaleur dans un but expérimental, il ne s'interroge pas sur les *causes* qui le font s'intéresser à la Science, ou du moins s'il le fait, de telles considérations n'ont pas leur place dans le protocole où l'expérience sera consignée. Le statut de l'*objectivité* exige, là aussi, que s'efface la subjectivité de son auteur. *La loi doit être un pur énoncé.* Et cet énoncé, pour objectif qu'il se donne, est le résultat d'un acte absolument arbitraire du savant qui aurait pu procéder à une tout autre démonstration des effets de la chaleur (par exemple la

liquéfaction d'un solide, la destruction des matières organiques, etc.).

L'arbitraire avec lequel procède le savant ne nous apparaît pas parce que nous savons bien que toute *monstration* faite par lui n'a d'intérêt que si elle est aussi *démonstration,* c'est-à-dire établissement de sa *cohérence* avec la théorie scientifique et de son aptitude à faire partie du patrimoine scientifique : sans quoi, elle ne serait que curiosité, ou pratique d'illusionniste… et en médecine de charlatan et de guérisseur. (On a vu le souci constant du corps médical pour se démarquer de toutes les trouvailles qui ne relèveraient pas de son discours.)

C'est cependant à tort qu'on opposerait à une logique du travail scientifique, l'arbitraire du travail du législateur. Ce dernier ne peut promulguer n'importe quelle loi, parce que celle-ci doit être cohérente avec ce qui constitue la structure du système juridique. Chaque loi nouvelle doit être *cohérente* avec l'ensemble des lois existantes et avec ce que Kelsen appelle la *Grund-Norm,* la norme fondamentale. Sinon, la loi est « irrelevante » et ne peut être appliquée. Et même le législateur risque-t-il de montrer, si la loi est trop aberrante, que sa seule raison d'être est celle de sa propre subjectivité, c'est-à-dire de son intérêt ou de sa folie, s'exposant ainsi à se découvrir, aux yeux de ses administrés, comme le chef d'une simple « bande de voleurs », avec les risques que cela comporte de révolution.

Il n'y a donc pas de différence méthodologique entre science et droit. On ne peut même pas dire que le législateur (du droit civil) se distingue du scientifique (législateur du droit divin) en ceci que le premier se met de fait au-dessus des lois : car il ne s'en astreint pas moins lui-même à se conformer aux lois qu'il édicte, même s'il ne s'y soumet que dans une certaine mesure (comme en témoigne par exemple l'immunité parlementaire). Le scientifique n'est pas dans une position différente quand il

énonce les lois de la Nature : Il n'y échappe pas pour autant. Mais il en attend cependant d'y apprendre à tourner les lois qu'il connaît, pour asservir les forces de la Nature, accroître le potentiel économique, guérir les maladies, etc. Le bénéfice de son travail ira à la communauté humaine tout entière, mais d'abord à lui-même, ne serait-ce que par le prestige et les avantages économiques qu'il en acquerra, tout autant que l'homme de loi traditionnel.

Il y a une ambiguïté profonde entre le travail scientifique et celui du législateur. Ce qui ne veut pas dire qu'il y ait identité d'objet. Nous avons déjà vu que *l'équivoque* sur le mot *sémiologie* et sur le mot *signe* ne renvoie pas seulement à l'abandon de l'ontologie par la médecine, mais à l'instauration d'une méthodologie différente, où le signe est le représentant d'un objet (la maladie) et non plus le signifiant d'un Sujet. Mais aussi, ce qui est à reprendre, c'est l'opposition faite par Lévi-Strauss entre Nature et Culture : par où apparaît que *symptôme* renvoie en médecine au *signe* (et à *l'objet* qu'il représente) comme il renvoie ailleurs au *signifiant* (et au *Sujet* qu'il représente). Distinction que nous pouvons dire essentielle, puisqu'il s'agit de l'essence de deux phénomènes, qui pour se retrouver chez le malade dans la même énonciation de la *souffrance* ne peuvent pourtant être appréhendés autrement que dans des systèmes épistémiques différents.

La confusion — dont on devrait s'étonner qu'elle ne soit pas dissipée — masque un autre problème, celui-là soigneusement dissimulé, qui est celui du rapport du savant (ou du corps scientifique) au discours scientifique, et aussi le rapport du législateur (ou de l'État) mais aussi le théoricien du droit à la loi. Pierre Clastres a questionné ce qui différencie, sinon oppose, la société et l'État, et il a montré que des sociétés se sont révélées parfaitement capables de faire respecter les lois par où l'homme

affirme la prééminence de l'ordre de la culture sur celui de la Nature. Ces lois, qui sont celles de l'échange (échange des femmes, des biens et de la parole) ont cependant à être protégées, tout particulièrement contre les entreprises étatiques en tant que celles-ci instaurent ce qu'il appelle le monopole de la violence et qui me paraît être surtout le monopole de *dire la Loi,* et de la faire appliquer. C'est en se donnant un chef à qui on ne donne pas la possibilité de se prendre pour un chef que se trouvait exorcisée par les sociétés précolombiennes l'entreprise étatique[10]. Il semble qu'elles y réussissaient assez bien.

Mais P. Clastres indique aussi que le véritable danger pour de telles sociétés, c'était moins l'ambition d'un chef entreprenant, et même la sauvagerie du conquérant espagnol, que le discours du *shaman,* prêtre et médecin, porteur d'un discours sur l'homme et la société, celui qui, sous le nom de *pa'i*[11] se faisait prophète et entraînait les hommes dans de grandes migrations mystiques et destructrices de l'ordre social, celui dont il fallait se moquer dans les contes pour exorciser son pouvoir[12]. Ainsi sommes-nous ramenés au même problème qui est constitué par une équivalence : *Dire la loi, c'est faire la loi.* Il s'agit de *l'auteur* et nous devons y prendre garde d'autant plus qu'il s'avance masqué. Shaman, prophète, médecin ou savant, il nous dicte d'autant plus sûrement notre conduite que la cohérence de son discours fonde la « validité » de l'ordre qu'il nous impose.

Ce n'est donc pas à différencier l'ordre causal (scientifique) de l'ordre d'imputation (juridique) que nous devons nous évertuer. A juste titre, Kelsen relève l'ambiguïté de la célèbre formule d'Héraclite : « Si le soleil ne se maintient pas dans le chemin qui lui est prescrit, les Érinnyes, instrument de la Justice, sauront le remettre dans le droit chemin. » Le droit

chemin, c'est le chemin du droit. La norme biologique de Canguilhem est préservée par la norme éthique de la médecine. Les médecins sont les Érinnyes. La loi scientifique est, comme celle des juristes, écrite par les hommes. Son énonciation est une *mise en cause,* vrai sens du mot accusation. Le mot grec αιτια signifiait indifféremment faute et cause. On peut bien dire par dérision : « Cause toujours, tu m'intéresses », c'est pourtant la formule même de notre intérêt pour la science comme pour le droit, intérêt pour la palabre sans doute, mais aussi reconnaissance que le langage est support de tout savoir transmissible, pour peu que quelqu'un l'organise en discours.

Sur le savoir, le droit — qui a encore ceci de commun avec la science de défier le vraisemblable pour établir le vrai — est formel : « Nul n'est censé ignorer la loi. » Nous y reconnaissons au moins que le droit prime le fait (les juristes eux-mêmes devant consulter le Code et le Dalloz) et que cette affirmation de la primauté du discours est la même que celle du primat de la Culture sur la Nature. Il a cependant fallu faire une place, petite, à celui qui ne sait pas. Actuellement, on l'appelle l' *« incapable »* juridique. Les Romains appelaient *idiotus* tout homme qui n'était pas juriste. Et celui qui, au nom de la loi d'amour, refuse la loi du Décalogue, c'est le « crétin » (chrétien). Pour l'ordre juridique, le *Sujet*-supposé-savoir c'est le *sujet* du droit, tout le monde sauf exceptions que l'on veut de plus en plus rares : l'idiotus (au sens romain) puis l'esclave, puis la femme appartiennent de plus en plus à la juridiction générale et même le nombre des mineurs ne cesse de diminuer par abaissement de l'âge de la majorité de vingt-cinq à dix-huit ans.

Parallèlement, l'ordre scientifique constitue un nombre d'ignorants de plus en plus grand. Le savant est le seul à avoir le savoir. C'est en particulier ce que le médecin intime clairement au

malade, depuis Hippocrate jusqu'à nos jours. Il n'y a aucune raison de penser que les progrès des discours scientifiques ne nous constituent pas tous, et de plus en plus, comme des ignorants devant les spécialistes du savoir de tel domaine particulier. La Raison deviendra de nouveau, non plus aptitude à raisonner clairement, mais soumission à un ordre prescriptif découlant du savoir des spécialistes. La révolte elle-même n'aura d'autre nom que celui de la folie.

Il y aurait lieu de s'interroger plus longuement sur ce retournement de la question du Sujet du savoir qui s'opère quand on passe de l'Ordre juridique à l'Ordre scientifique. Le passage en a été ouvert par l'appropriation du système des lois entre les mains d'un petit nombre d'individus formant *l'appareil de l'État,* et aussi le *corps scientifique,* où le corps médical est en bonne place ; les épigones, prêtres et philosophes faisant l'appoint souvent nécessaire. Une étape décisive de cette prise en main a été marquée par le travail de l'Inquisiteur, le juriste, flanqué du théologien et du médecin, du représentant du passé et de celui du futur. L'ordre de la société s'y confondait avec celui de la foi et celui de la science : aucun savoir n'y était reconnu que celui de la science officielle qui ne tarda plus à prendre son essor. Le siècle des Lumières s'y marquait du rejet du savoir de l'Ombre celui de Satan.

L'importance du rôle du juriste est aujourd'hui dénié, surtout depuis que Marx a dénoncé l'Ordre juridique comme superstructure du matérialisme historique. Ceux qui, aujourd'hui, font de la « science » politique, ou de la « science » sociologique plutôt que du droit, se réclament le plus souvent de cette analyse marxiste. Mais en se faisant les énonciateurs des signifiants dans lesquels on croit pouvoir enfermer les hommes

comme des rats dans les labyrinthes, les sociologues sont aussi des juristes. Après eux, il ne reste qu'à mettre en forme les lois qu'ils ont cru reconnaître, à utiliser les armes qu'ils ont fabriquées. Les meilleurs servants de ces armes étant ceux-là mêmes qui les ont faites, c'est à eux ou à leurs élèves que le pouvoir est confié. Les Grandes Écoles pourvoient à cette contingence… C'est là oublier ou feindre d'oublier que Marx avait dénoncé la science tout autant que le droit comme idéologie : Le rapport d'oppression et de domination ne cesse pas de successivement se réclamer des noms de la religion, du droit ou de la science.

Le savoir qui est supposé au psychanalyste procède finalement plus de celui du juriste que de celui du médecin. C'est un savoir sur ce qui règle le rapport des hommes entre eux, et donc sur ce qui concerne les règles les plus fondamentales de la vie en société, c'est-à-dire d'abord celles de la prohibition de l'inceste et quelques autres qui lui sont corollaires. Qu'on attende du psychanalyste qu'il reformule les interdits en des termes plus acceptables ne justifie pas qu'il le fasse, tentation à laquelle n'ont su résister ni Young, ni Reich, ni tant d'autres. Le psychanalyste n'est en aucune façon législateur, ni de droit, ni de science. Il n'a à connaître que les *effets* de la loi, d'une loi qui n'est celle ni de l'État, ni de la Science, mais celle du discours, où c'est le désir qui fait loi, se fraye le chemin par où il adviendra. Le savoir, qui est celui de l'Inconscient, c'est celui qui préserve et permet l'accès à la jouissance. Il est très exactement l'envers du discours juridique, qui ne définit qu'un système d'obligations, et pour qui le « droit » de chacun (en particulier de *jouir* de ses biens) n'est définissable que comme un « droit réflexe », le fait de n'avoir pas d'obligations sur ces biens. Ce n'est pas l'Ordre juridique, mais le surmoi qui ordonne « Jouis ».

NOTES

1
Contri, *Le Non-Agir d'une action de Freud,* Congrès de l'EFP, Strasbourg, 1976.
2
Legendre, *L'Amour du censeur,* Le Seuil, 1975.
3
Jean Wier, *op. cit.*
4
Kelsen, *Théorie pure du droit, op. cit.,* p. 32, note 1 p. 33.
5
Kelsen, Imago 1922, « Le concept de l'État et la psychologie sociale. Avec pour référence particulière la psychologie des masses de Freud », *Imago,* 1922, VIII, 2, 97, 141.
6
Kelsen, *Théorie pure du droit, op. cit.,* p. 56.
7
Ibid., ch. « Droit et Science », p. 95 et s.
8
Ibid., p. 114 et s.
9
M. Foucault, *L'Ordre du discours,* NRF, 1971, p. 17.
10
P. Clastres, *La Société contre l'État,* Éditions de Minuit, 1974, p. 25 et s.
11
Ibid., p. 137 et s.
12
Ibid., p. 113 et s.

18

Pour introduire une clinique psychanalytique

Il y a une question préalable à toute tentative pour établir une clinique psychanalytique : c'est « la question qui fait notre projet radical. Celle qui va de : La psychanalyse est-elle une science ? à : Qu'est-ce qu'une science qui inclut la psychanalyse ? » (Lacan).

La psychanalyse n'a pas répondu à l'attente du scientifique, ni par sa méthodologie, ni par ses résultats. Tout particulièrement, elle n'a pas répondu à l'attente du médecin, ne serait-ce que par son inaptitude radicale (n'en déplaise aux psychosomaticiens) à mettre en relation causale des faits psychiques avec des effets biologiques, ou des maladies. Mon but était de montrer ici que c'est de bonne guerre, en retour de l'inaptitude radicale de la biologie et de la médecine à énoncer quoi que ce soit concernant le désir. Il ne peut se soutenir aucun projet d'instaurer un échange de bons procédés, un va-et-vient entre soma et psyché. Il faut, au contraire, relever ce qui résulte du passage d'un système épistémique à un autre.

C'est parce qu'elle ne répond pas à l'attente du scientifique que le psychanalyste ne cesse de l'interroger. « Nous ne croyons pas à l'objet », dit Lacan. Le scientifique ne croit qu'à l'objet, ou

plutôt, il ne veut croire qu'à lui. Pour nous, psychanalystes, c'est en tant qu'il est manquant, au mieux « objet a », que l'objet fonctionne, c'est-à-dire qu'il fait fonctionner le désir, y compris le désir de savoir du savant, qui n'a pas désespéré de le trouver.

La question des rapports entre psychanalyse et science a été posée il y a un demi-siècle, en réponse à l'exigence de Kelsen. A la distinction faite jusqu'alors entre « psychanalyse médicale » et « psychanalyse appliquée », Freud substitua la distinction entre « psychanalyse scientifique » et « psychanalyse appliquée », celle-ci avec deux sections : domaine médical et domaine non médical. C'est à peu près la distinction reprise par Lacan quand il créa trois secteurs dans l'École freudienne : 1re, Psychanalyse pure ; 2e, Clinique ; 3e, Champ freudien. Position plus prudente, puisqu'elle laisse en suspens, sous le chef de « pureté », la question de la scientificité de la psychanalyse. C'est aussi une reprise de l'exigence kelsénienne qui fondait une théorie « pure » du droit.

Cette distinction répond au souci d'isoler un secteur où la psychanalyse se doit de prendre conscience d'elle-même. Elle ne doit en aucune façon être considérée comme équivalente, par exemple à la distinction qui existe entre biologie (science pure) et médecine (science appliquée) dont nous avons vu les impasses. Freud, d'ailleurs, ne manquait pas de marquer aussitôt son refus de tout dogmatisme stérilisant : « Nous, psychanalystes, aimons à rester en contact avec le mode de penser populaire (...). en rendre scientifiquement utilisables les concepts plutôt que de les rejeter » (Postface à la question de la laïenanalyse). Et Lacan, en montrant l'interdépendance du discours psychanalytique et des trois autres discours, démontrait que, pour s'établir *dans sa pureté,* c'est-à-dire pour l'épurer, la psychanalyse devait passer par l'analyse des autres discours, en

particulier du discours hystérique d'où la clinique tient l'essentiel de sa substance.

En montrant ce que le discours scientifique doit au discours juridique — donc au discours du maître — nous avons parcouru le chemin inverse de celui habituellement pratiqué, qui vise à masquer la spécificité du droit pur, en montant en épingle la contingence de son contenu, alors que c'est la permanence de sa structure qui est révélée à juste titre par Kelsen. Quoi qu'il en soit, le droit s'écrase devant la science : on sait la place grandissante qu'occupent les scientifiques (notamment médicaux) auprès des tribunaux. On sait aussi que les théories du Droit, en se réclamant de la science (marxistes et sociologiques) tendent ainsi à constituer l'ordre juridique comme une « superstructure » incitant par là à ne lui accorder qu'une attention distraite. *Il m'a paru plus important de montrer qu'en tant que discours l'ordre juridique constitue l'infrastructure du discours scientifique*.

Après le droit et la science, la psychanalyse est-elle un nouveau discours normatif ? On pourrait gloser sur l'utilisation faite en ce sens de ses concepts utilisés plus ou moins à bon escient. L'accès au *genital love* ou à l' *« amour oblatif »* sinon l' « adaptation à la société » ont fait long feu. On entend dire plus souvent qu'il faut avoir « symbolisé sa castration » ou « dénoué son nœud boroméen ». Ceci ne saurait aller bien loin, et trahit seulement le désir de chacun de trouver un discours qui tienne, « un discours qui ne serait pas du semblant ». A tout prendre, dans cette attente quelque peu naïve, je préfère ce que me disait clairement une consultante : « Je viens vous voir, parce que je ne sais plus à quel sein m'avouer » ! (*Sic,* mais l'orthographe est de moi, car elle ne savait pas écrire.) Nos patients apprennent vite qu'en fait de normes, c'est des leurs qu'on aura à parler.

Ce que nous avons à entendre est moins vague et plus circonstancié. On nous raconte par exemple *les Malheurs de Sophie,* la sagesse, ce qui est tout un programme. C'est d'une même voix que viennent nous dire Justin et Justine : La justice n'existe pas ; il n'y a que les « Infortunes de la vertu ». A cette provocation à être le Juste, ou du moins à dire le juste, nous répondons : « La vérité elle-même est un mi-dire. Ce n'est pas en son nom que nous condamnerons ni leur justice ni votre vertu. Nous ne nous constituerons pas en tribunal. » Nous n'en pensons pas moins que si nous n'y tenons pas, à la vérité, c'est parce que la vérité nous tient parfois un peu trop fort.

Pour ne pas être un tribunal, nous ne nous en intéressons pas moins à la loi. « Le gibet n'est pas la loi », et « la loi est autre chose (que ce qu'en énonce l'État) comme on le sait depuis Antigone » écrit Lacan[1]. Ce qui ne contredit pas l'affirmation que la loi de l'État a pour lieu le gibet (ou la le *Sujet,* entre le *zist* et le *zest,* entre la mort et la jouissance, entre la loi et le désir, entre le désir de vivre et celui de vivre selon son désir. En fait de droit de l'homme, il n'y a que « la liberté de désirer en vain », dit Lacan. Formule que nous reconnaissons pour être celle de l'*hystérique.* Encore faut-il que ce soient les femmes qui nous l'aient appris pour que nous sachions la reconnaître aussi chez les hommes. C'est là notre point de départ, le début de notre clinique.

Les hommes pour leur part sont bien trop soucieux de « se glisser subrepticement dans le discours[4] » pour reconnaître qu'il les laisse partagés. Car le discours, c'est leurs pères qui l'ont fait, pour assurer aux hommes cette maîtrise que leur assure l'ordre symbolique, sans lequel ils ne seraient que frelons. Aussi, nous assomment-ils avec leur *sollen,* leur « devoir-être », car ils sont beaucoup trop impliqués par l'ordre juridique institué pour aspirer à autre chose qu'à en tirer les ficelles. Par là,

ils confondent leur *sollen* avec les préjugés de leur grand ou petit groupe social ou celui de la science, après celui de leurs parents. Pour ne pas reconnaître que le discours les divise, eux aussi, ils ne songent qu'à passer de leur état de « Sujets du droit » à celui d'ayants-droit. C'est entre ces deux états qu'ils croient voir leur division. Et ils escomptent de l'accumulation *obsessionnelle* des biens et des valeurs, la promotion dans l'ordre symbolique que ne leur a pas assurée la possession dérisoire d'un pénis dont ils n'ont pas la possibilité d'être aussi farauds qu'ils l'affirment. C'est parce que *l'avoir* est le statut juridique qui ne comporte pas d'obligations, parce que *l'avoir* constitue le lieu où on peut parler en maître, qu'on cherche à l'obtenir, l'obsessionnel tente d'échapper à sa position de Sujet à quoi le contraint pourtant le discours constitué.

Les névrosés sont rassurants de ce qu'ils font, chacun à leur manière, l'aveu que l'ordre constitué les atteint, et qu'au fond, ils ne s'en sortent pas, car ils ne songent même pas à en sortir, leurs rêves en témoignent. L'aveu donc, au sens ou être l' « avoué » de quelqu'un, c'est faire acte d'allégeance autant à lui qu'à son discours[5]. Ce quelqu'un, c'est l'Autre, comme garant de toute possibilité du discours, comme lieu prison comme dit Kelsen). C'est de ce lieu où elle doit être emmurée « entre deux morts » qu'Antigone défie le prince, qui est tout de même son frère. C'est en prison qu'on éprouve le plus vivement ce que la liberté veut dire. « On n'impute pas à l'homme parce qu'il est libre, mais l'homme est libre par ce qu'on lui impute[2]. » Ce que Kelsen explique, de façon quelque peu restrictive, comme étant la liberté que donne à l'homme l'Ordre juridique en lui permettant d'échapper au déterminisme causal de la Nature ; de même qu'inversement, le retour à la Nature est liberté par rapport à l'Ordre juridique. Il n'en est pas moins vrai que c'est devant la

mort (ou la prison qui en est le reflet) que l'homme évalue la possibilité d'échapper à son destin biologique.

C'est pourquoi Kant a raison d'installer un gibet devant la maison de ceux qu'il met au pied du mur : le galant qui « prétend ne pouvoir résister à sa passion lorsque l'objet aimé et l'occasion se présentent », et l'homme vertueux, sommé par son prince de porter un faux témoignage qui perdra son ami. Resteront-ils fermes devant la mort certaine et immédiate qui les attend s'ils ne dérogent pas de leurs prétentions ? Kant répond qu'on ne peut rien en savoir pour le second. Lacan ajoute qu'on n'en sait rien non plus pour le premier, contrairement à ce que croit Kant. Mais il reste une question : Qui a placé le gibet ? Ce n'est certainement pas le prince, lequel se moque éperdument des états d'âme de ses administrés, et poursuit ses buts avec n'importe quel moyen, le gibet entre autres. C'est bien évidemment Kant lui-même, en tant qu'il est un théoricien, un théoricien de la liberté. La liberté n'a pas été donnée par le prince, elle a été prise par son « sujet du droit » à qui il reste la possibilité de le défier. L'énonciateur de la loi où se reconnaît la liberté, ce n'est pas le prince, mais le théoricien[3]. Ici encore, l'énonciateur se dérobe quand il place le prince et non lui-même dans l'énoncé : *C'est en feignant de fournir un pur énoncé qu'on produit un Sujet, dont on affirme qu'il est libre, parce qu'on l'a constitué comme divisé.* Nous retrouvons ici ce qui spécifie le droit quand il se donne comme « objectif ».

C'est dans cette *division* que nous, psychanalystes, prenons des signifiants. Pour être supposé, son rapport au savoir n'en est que mieux assuré. Cela laisse place au transfert. L'une espérera le séduire, l'autre attendra qu'il meure. Chacun sachant que c'est en vain !

Le *phobique,* pour faire aussi révérence à la loi, est dans une position autrement fragile. C'est la garantie que l'Autre peut en

donner qui fait ici défaut ; on sait le peu de poids des affirmations les plus vigoureuses pour dissiper une phobie, si prestigieux que soit celui qui les énonce. Il n'est supposé savoir que le temps d'une rencontre, d'une présence.

Au fond, il fait plus confiance à *l'objet.* Si désarrimé qu'il soit des chaînes signifiantes sans lesquelles il ne saurait avoir de consistance, l'objet phobique n'en sert que mieux comme « signifiant à tout faire[6] » pour pallier le manque de l'Autre. Mais on sait en quel écart l'objet doit être maintenu alors pour que n'apparaisse son « peu de réalité ». C'est la condition pour que se soutienne l'émoi de la phobie. L'absurdité de l'*objet fétiche* y fait écho[7]. La fidélité à l'objet y tient lieu de garant de l'invulnérabilité de désir, de garant contre les pièges du discours. De là déjà, l'Autre s'en trouve défié.

Pour être dans le désaveu, les *pervers* n'en sont pas pour autant des gens sans aveu. Ils occupent la place privilégiée que le désaveu leur fournit, interrogeant le discours et ne se laissant pas prendre au prestige de son auteur, l'Autre, le père qui s'en trouve durement provoqué, sinon bafoué. Ils le débusquent, même quand il se réfugie dans cet anonymat que procure le discours du maître. Le pervers sait que le Père est toujours humiliable. C'est à lui qu'il renvoie cette division du Sujet, dont se fait écho la *Spaltung* de son moi. Mais d'échapper à la loi, le désir ne trouve pas son compte, et il faut sans cesse transgresser la loi, surtout si elle se donne pour loi de la nature. L'homosexualité, le sadisme y fournissent autant que le fétichisme une solution.

L'Autre, comme lieu où s'inscrit la métaphore paternelle, est garant du primat du symbolique. C'est bien là que le *psychotique,* du fait de la forclusion du nom du père, sombre dans le naufrage de la schizophrénie, ou tente de reconstituer dans son délire, la langue fondamentale où se dirait le Vrai. Par

là, il constitue moins un discours à prétention scientifique ou théologique qu'un ordre juridique où il se fait le théoricien du désir de Dieu, légiférant, interprétant de cette place la jouissance de l'Autre, dont on a oublié, depuis que le « bon plaisir du roi » a été guillotiné, que c'est cette jouissance qui fonde tout ordre normatif.

C'est en ce point qu'on retrouve l'embarras de Kelsen pour établir ce qui fait la « validité » de l'Ordre juridique. Sa *Grund Norm* « norme supposée et non posée » (dans le droit positif) y figure pourtant ce que le « nom du père » pose dans la théorie psychanalytique, comme signifiant fondateur, donc fondamental, lui aussi. Mais la *Grund Norm,* si elle fonde la validité de toutes les normes, n'en fournit pas l'énoncé. Il a fallu créer le concept d'*« habilitation »,* sorte de monstre du système kelsénien, car bien qu'il rende compte d'une réalité de fait, il ne peut qu'enregistrer la singularité du statut du législateur, non soumis à des normes et à des sanctions. Habilité, le législateur ne l'est que par l'élection, où rien ne se passe d'autre que la renonciation de l'électeur à user de tout autre droit politique, c'est-à-dire sa soumission à l'ordre juridique. Le législateur y acquiert la *jouissance* du droit de légiférer, jouissance parfois partagée de nos jours avec d'autres législateurs, pour y ajouter quelque piment.

Nous n'en conclurons donc pas que le psychotique a *déshabilité* son père de la seule fonction où son rôle soit reconnaissable, en tant que c'est à son Nom que toute parole se réfère, tout particulièrement quand c'est la mère qui la prononce, c'est-à-dire quand elle introduit l'enfant au langage. Mais ce n'est pas non plus l'*objectivité* scientifique dont le père se réclame, non plus que la *validité* de l'ordre juridique qu'il instaure dont on peut attendre qu'elles entraînent de la part de l'enfant un ralliement qui ne serait que soumission à la Raison.

Il reste à la psychanalyse à dire si la folie est de sa juridiction, ou pour mieux dire, de sa compétence. C'est là qu'elle a à dire si elle s'érige en tribunal.

« Le droit est seulement un symptôme exprimant des autres rapports sociaux sur lesquels le pouvoir de l'État est fondé[8]. » Un *symptôme,* c'est bien pour cela qu'il nous intéresse. Marx avait bien deviné que ça jouissait quelque part dans la société ; ça jouissait au moins des biens économiques. Ce qui est la vérité, « mais pas toute ». Nous disons plus volontiers avec Freud que la loi, c'est le refoulé du désir (non son refoulement). Et du désir, nous disons avec Lacan qu'il est désir de l'Autre, et même désir du désir de l'Autre. Ce qui exclut que l'Autre en soit l'objet, ni qu'on en soit l'objet. C'est là ce dont ne conviendra pas le psychotique.

La dépendance à l'égard du désir de l'Autre constitue une série que Lacan compare aux aveugles de Breughel se tenant par la main. C'est là une chaîne autrement signifiante que la série infinie des causes et des effets relevée par la science. De la loi imposée par le père, il n'y a rien d'autre à dire si ce n'est qu'elle est la loi de son propre père et transmise en son nom. La chaîne se boucle d'un symptôme sur un autre symptôme, d'un nom à un autre nom. Nous voilà bien loin du symptôme selon Hippocrate, pourtant lui-même descendant d'Asclépios, et père de la médecine : « habilité » à ce titre à être l'énonciateur du discours médical. Nous sommes au pied du mur où nous met la science : d'avoir à dire sur le désir ce qu'elle nous en soustrait en fournissant une mort techniquement contrôlée, dans un univers où la charité samaritaine n'exclut pas le pharisaïsme de la belle âme.

NOTES

1
Lacan, « Kant avec Sade », *Écrits,* Le Seuil, 1966, p. 782 et s.
2
Kelsen, *Théorie pure du droit, op. cit.,* p. 134.
3
Tel Kant. Mais aussi Olympe de Gouges, qui réclamait, parmi les droits de la femme, celui de monter à la guillotine. Ce qui lui fut accordé personnellement. *Les droits de la femme,* art. 10, 1789.
4
M. Foucault, *L'Ordre du discours, op. cit.,* p. 7.
5
J. Clavreul, *Le Désir et la Perversion, op. cit.*
6
Lacan, *Écrits, op. cit.,* p. 610-611.
7
Fétichisation d'un objet phobique : *Scilicet* n° 1.
8
Marx, *L'Idéologie allemande, op. cit.*

LE CHAMP FREUDIEN

Jean Clavreul, *l'Ordre médical*.
David Cooper, *Psychiatrie et Anti-psychiatrie*.
Françoise Dolto, *le Cas Dominique*.
W. Fliess, *Relations entre le nez et les organes génitaux de la femme*.
Jacques Lacan, *Écrits ; Séminaire :*
LIVRE 1, 1953-1954, *les Écrits techniques de Freud ;*
LIVRE XI, 1964, *les Quatre Concepts fondamentaux de la psychanalyse ;*
LIVRE XX, 1972-1973, *Encore ; Télévision ;*
De la psychose paranoïaque dans ses rapports avec la personnalité,
suivi de *Premiers Écrits sur la paranoïa*.
Serge Leclaire, *Psychanalyser ; Démasquer le réel ; On tue un enfant*.
P. Legendre, *l'Amour du censeur*.
E. Lemoine-Luccioni, *Partage des femmes*.
Maud Mannoni, *Education impossible ; le Psychiatre, son « Fou »*
et la Psychanalyse ; *L'Enfant, sa « Maladie » et les Autres ; l'Enfant arriéré et sa mère ;*
Un lieu pour vivre.
O. Mannoni, *Clefs pour l'Imaginaire ou l'Autre Scène*.
Ginette Raimbault, *Médecins d'enfants*.

Moustapha Safouan, *Études sur l'Œdipe ; la Sexualité féminine.*

Daniel Paul Schreber, *Mémoires d'un névropathe.*

P. Aulagnier-Spairani, J. Clavreul, F. Perrier, G. Rosolato, J.-P. Valabrega, *le Désir et la Perversion.*

Denis Vasse, *l'Ombilic et la Voix.*

Scilicet : Revue de l'École freudienne de Paris (parus : n°s 1 à 6).

CONNEXIONS DU CHAMP FREUDIEN

Gérard Miller, *les Pousse-au-jouir du maréchal Pétain.*

ISBN n° 2-02-004763-2

Cette édition numérique a été initialement fabriquée par la société FeniXX au format ePub (ISBN 9782021266443) le 27 juin 2015.

Couverture :
Conception graphique - Coraline Mas-Prévost
Programme de génération - Louis Eveillard
Typographie - Linux Libertine, Licence OFL

*